

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIOLOGIA
(Sección Sociología)



* 5 3 0 9 5 7 8 0 1 5 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TESIS DOCTORAL

ANOMIA Y MARGINACION SOCIAL
POBLACIONES EXPUESTAS AL SIDA. UN ANALISIS CONCRETO

Autor: Ricardo Usieto Atondo.

Tomo 1

Año 1.991

T O M O I

INDICE GENERAL

TOMO I

INTRODUCCION	i
------------------------	---

CAPITULO I

SOLIDARIDAD Y CONFLICTO. ANOMIA Y MARGINACION EN EL DESEQUILIBRIO SOCIAL SIMBOLICO

INTRODUCCION	1
LEGITIMACION ALEGORICA DEL CONFLICTO	3
PORTADORES O ENFERMOS DE SIDA. EL DESIGNIO SOCIAL IMPLICITO	11
LA ANOMIA. CATEGORIA DIVERGENTE EN EL SIDA	13
EXCLUSION Y DESVIACION COMO PROCESOS CIVILIZATORIOS	19
ASPECTOS VOCACIONALES EN LA MARGINACION EPIDEMICA	24
FORMALIZACION POLITICA DE LAS NUEVAS TENDENCIAS DISCRIMINATORIAS	35
BIBLIOGRAFIA	42

CAPITULO II

LA ANTICIPACION SOCIAL. CONVERGENCIA DE UN MODELO INTEGRADOR

INTRODUCCION	49
LA ANTICIPACION SOCIOLOGICA Y LA PREVENCION SOCIAL FRENTE A LA CATEGORIA RIESGO EN MEDICINA	56
BIBLIOGRAFIA	61

CAPITULO III

MARCO TEORICO DE LA SOCIOLOGIA DE LA SALUD. LA HISTORIOGRAFIA Y LA CULTURA COMO PUNTO DE ENCUENTRO

INTRODUCCION	63
DE LA REFLEXION HISTORIOGRAFICA AL MODELO TEORETICO	67
APUNTES DE SOCIOLOGIA DE LA SALUD	80
LA SOCIOLOGIA DE LA SALUD EN ESPAÑA	83
LAS CIENCIAS SOCIALES DE LA SALUD DESPEGUE O INFLEXION DEL DESENCANTO	86
DE LA ENFERMEDAD CRONICA A LA MORBILIDAD EPIDEMICA.	89
EL MODELO DE INTEGRACION EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD	93
BIBLIOGRAFIA	97

CAPITULO IV

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

LAS GRANDES EPIDEMIAS

ASPECTOS GENERALES DE CONVERGENCIA SOCIAL	103
ARTICULACION SOCIAL EN LAS EPIDEMIAS	106
SIDA. DISCRIMINACION COMO COYUNTURA DE LA COMPLACENCIA Y EL FATALISMO	122
HISTORICO COMIENZO HOMOSEXUAL	125
AUMENTAN LOS GRUPOS DE LA EPIDEMIA. CRECE EL MIEDO, LA MARGINACION Y EL RECHAZO	128
MARCADORES HISTORICOS	130
PRIMER MARCADOR HISTORICO. EL SINDROME DE LAS HACHES	132
SEGUNDO MARCADOR HISTORICO. FACTORES DE RIESGO	134
TERCER MARCADOR HISTORICO. POBLACIONES EXPUESTAS	137
PROBLEMATICA ESPANOLA FRENTE AL SIDA	140
LA EPIDEMIA DEL SIDA EN ESPAÑA. ACTUALIZACION AL 02-04-91	145
NUMERO DE CASOS	147
CASOS POR AÑO DE DIANOSTICO	150
CASOS POR SEXO	152
DEFUNCIONES POR SEXO	155
CASOS DE DEFUNCIONES Y LETALIDAD SEGUN POBLACIONES EXPUESTAS	156
DISTRIBUCION GEOGRAFICA POR CASOS, POBLACION, TASAS Y COMUNIDAD AUTONOMA	159
INDICADORES DE CASOS DE SIDA EN EUROPA Y EL RESTO DEL MUNDO	162
BIBLIOGRAFIA	169

ANEXO I

CASOS DE SIDA EN EL MUNDO	177
-------------------------------------	-----

CAPITULO V

ANALISIS CUANTITATIVO DE LA POBLACION GENERAL, HOMOSEXUALES/BISEXUALES, PROSTITUTAS Y TOXICOMANOS/UDVP

INTRODUCCION	182
FUNDAMENTACION DEL MODELO EMPIRICO. JUSTIFICACION CUANTITATIVA	186
COMPLEMENTARIEDAD EN EL MODELO EMPIRICO SOBRE DATOS DE SIDA	194
BIBLIOGRAFIA	199

ANEXO II

FICHA TECNICA	202
-------------------------	-----

ANEXO III

CUESTIONARIO	206
------------------------	-----

ESTUDIO CUANTITATIVO DE LA POBLACION GENERAL	210
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y FAMILIARES	211
BIBLIOGRAFIA	249

ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA:	
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION GENERAL	253
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL	
E HIGIENE DE LA POBLACION GENERAL	264
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:	
PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION GENERAL . .	281
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD:	
OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION ESPAÑOLA	285
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES	
POR EL SIDA EN LA POBLACION ESPAÑOLA	291
BIBLIOGRAFIA	295

ANEXO IV

CUADROS DE VARIABLES CORRESPONDIENTES	
A POBLACION GENERAL	299

ANALISIS CUANTITATIVO DE LA POBLACION EXPUESTA HOMOSEXUAL 303

INTRODUCCION AL TEMA DE LA HOMOSEXUALIDAD	303
GRADO DE ACEPTACION DE LA HOMOSEXUALIDAD POR	
PARTE DE LA SOCIEDAD	307
GRADO DE SATISFACCION VITAL Y VIVENCIAS DE MARGINACION	
SOCIAL	314
LA APARICION DEL SIDA COMO PARADOJA EN EL MOVIMIENTO REIVINDICATIVO:	
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	317
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIO-SEXUAL	
E HIGIENE DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	323
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:	
PRACTICAS DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	329
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES	
ANTE EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	331
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL	
SIDA EN LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	335
BIBLIOGRAFIA	338

ANEXO V

CUADROS DE VARIABLES CORRESPONDIENTES A LA POBLACION	
DE HOMOSEXUALES/BISEXUALES	343

ANALISIS CUANTITATIVO DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS

INTRODUCCION AL TEMA DE LA PROSTITUCION	348
AUTOPERCEPCION DE MARGINACION SOCIAL Y SATISFACCION PERSONAL	354
ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	356
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA E HIGIENE SEXUAL DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	360
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO	366
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	368
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE LOS HABITOS SEXUALES DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS CON MOTIVO DEL SIDA	373
CONDUCTAS DE ADICCION Y CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	376
CAMBIOS DE LAS CONDUCTAS DE ADICCION DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS CON MOTIVO DEL SIDA	378
BIBLIOGRAFIA	380

ANEXO VI

CUADROS DE VARIABLES CORRESPONDIENTES A POBLACION DE PROSTITUTAS	383
---	-----

ANALISIS CUANTITATIVO DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP

INTRODUCCION A LA PROBLEMÁTICA DE LAS TOXICOMANIAS	388
ACTITUDES DE LOS ESPAÑOLES ANTE LAS DROGAS	396
ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS	400
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA E HIGIENE SEXUAL DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS	404
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS	407
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS	409
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS POR EL SIDA DE POBLACION DE TOXICOMANOS	415
CONDUCTAS DE ADICCION Y CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS	416
CAMBIOS DE LAS CONDUCTAS DE ADICCION DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS CON MOTIVO DEL SIDA	424
BIBLIOGRAFIA	426

ANEXO VII

CUADROS DE VARIABLES CORRESPONDIENTES A LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	428
---	-----

T O M O II

CAPITULO VI

ANALISIS CUALITATIVO DE LAS POBLACIONES EXPUESTAS

APROXIMACION TEORICA A LAS TECNICAS CUALITATIVAS	433
--	-----

ANALISIS CUALITATIVO DE LA POBLACION EXPUESTA HOMOSEXUAL

ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y METODOLOGICOS	438
VALORACION DE LA PROPIA HOMOSEXUALIDAD	441
LA PRESION SOCIAL	447
EVOLUCION EN LA VISION SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD	453
REFERENCIAS A LA HETEROSEXUALIDAD Y BISEXUALIDAD	455
VIVENCIAS HETEROSEXUALES	457
LOS TOPICOS: PROMISCUIDAD, FEDERASTIA, AUMENTO DE LA HOMOSEXUALIDAD EN LAS GRANDES CIUDADES	461
EL GHETTO	476
LA APARICION DEL SIDA, ACTITUD DENEGATIVA FRENTE AL SIDA	480
LAS PRACTICAS DE RIESGO A PARTIR DEL SIDA	484
EL CAMBIO DE HABITOS DE RIESGO A PARTIR DEL SIDA	489
EL USO DEL PRESERVATIVO	494
VIVENCIAS ANTE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE DETECCION DE ANTICUERPOS Y LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DEL SIDA	497
BIBLIOGRAFIA	500

ANALISIS CUALITATIVO DE LA POBLACION TOXICOMANA, USUARIA DE DROGAS POR VIA PARENTERAL (UDVP)

ASPECTOS INTRODUCTORIOS Y METODOLOGICOS	506
EL DISCURSO SOBRE "EL PROBLEMA DE LA DROGA"	514
INDICADORES AMBIENTALES	518
INDICADORES INDIVIDUALES	531
INDICADORES SOCIALES	535
PERCEPCION DE LA SOCIEDAD COMO UDVP	539
EL PROCESO DE ENGANCHE	542
OPINION SOBRE LEGALIZACION DE DROGAS	567
APARICION DEL SIDA	570
PRACTICAS DE RIESGO	572
CAMBIO DE HABITOS DE RIESGO	575
BIBLIOGRAFIA	578
CONCLUSIONES	582
BIBLIOGRAFIA GENERAL	638

T O M O I I I

ANEXO 1

TABLAS ESTADISTICAS CORRESPONDIENTES A LA POBLACION GENERAL

ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION GENERAL	1
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION GENERAL	9
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION GENERAL	26
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION ESPANOLA	33
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION ESPANOLA	47

ANEXO 2

TABLAS ESTADISTICAS CORRESPONDIENTES A LA POBLACION DE HOMOSEXUALES/BISEXUALES

ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	53
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	63
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	80
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	83
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL	92

ANEXO 3

TABLAS ESTADISTICAS CORRESPONDIENTES A LA POBLACION DE PROSTITUTAS

ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	103
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	110
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	126
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	129
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION DE PROSTITUTAS	141
CONDUCTAS DE ADICCION Y CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS	149
CAMBIO DE HABITOS EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION DE PROSTITUTAS	159

ANEXO 4

TABLAS ESTADISTICAS CORRESPONDIENTES A LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP

ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	163
SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	172
LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD: PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	186
DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	189
CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP	206

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

Roberto Arlt, escritor y poeta tan querido por muchos de nosotros (ustedes-vosotros: aquéllos) antes de "En busca de pensión" uno de sus cuentos narrados seguramente desde su destartalada mesa de Correos, donde trabajaba en Buenos Aires, nos ha transferido su desierto, en este momento nuestra inhabitada fecundidad histórica (*1). Y nos hemos sentido ante Benedetto Croce, Labrousse, Collingwood, Dilthey, Bernheim, Huizinga, Bloch, Febvre, Gurvitch, Braudel, Cassani y tantos otros-otras "en el desierto de papel pintado, de tabiques de madera, corredores y ex-hombres" (1).

Aguafuertes y misceláneas de un juguete rabioso, o un anacoreta entre siete locos geniales, definitivamente eremita. Son las hipótesis, el objeto de estudio, la causa, los hechos del personaje de Pirandello según E. H. Carr, donde la negación del testimonio es un saco vacío que adquiere forma histórica al rellenarse de hechos, acontecimientos inalienables para cada historiador. San Agustín vio la historia desde el punto de vista del cristiano primitivo; Tillamont, desde un francés del siglo XVII; Gibbon, desde un inglés del XVIII; Mommensen desde el alemán del siglo XIX. A nada conduce preguntarse cuál era el punto de vista adecuado. Cada uno de ellos era el único posible para quien lo adoptó (2).

En este reduccionismo histórico -sólo de autor- vale lo que apuntaba Fernan Braudel en "Histoire et Sociologie" dentro del "Traité de Sociologie" de Georges Gurvitch cuando al hacer referencia a la sociología y su inclusión en la historia o viceversa, la describe como "esa ciencia

(*1) Este escritor argentino, escasamente difundido en Europa, ha sido fiel exponente de un grupo de escritores llamados "populares" o "del barrio", a diferencia de los "intelectuales" o del "centro". Cortázar entre los primeros; y Borges o el reciente Premio Cervantes, Adolfo Bioy Casares, entre los segundos; sintetizan estas dos corrientes. Entre las numerosas obras de Roberto Arlt destacan: LOS SIETE LOCOS, EL JUGUETE RABIOSO, LOS LANZALLAMAS, EL JOROBADITO, AGUAFUERTES PORTERAS, AGUAFUERTES ESPAÑOLAS, NUEVAS AGUAFUERTES.

global que aspiraban hacer Emile Durkheim y François Simiand, ciencia que todavía no es, pero que no dejará de tender, en el caso de que nunca logre alcanzarse (3). Esta primera descalificación de Braudel, no es más que una estratagema, un guiño para poder finalmente legitimar con mayor fuerza, sobre todo a través de los "hechos históricos", los complejos, pero posibles mecanismos de articulación entre las diferentes ciencias sociales.

Todo ello debe entenderse como un proceso dinámico, diacrónico, contrapuesto a lo lineal y unidireccional. Carlos Moya ha escrito acerca de ello en diversos artículos periodísticos "como indicación de una suerte de ascendente espiral multicéntrica de flujos y reflujos de ida y vuelta", con claro acento heraclitano refiriéndose a determinadas transformaciones históricas (acerca de los quinientos años del descubrimiento de América).

Con la breve historia de la Sociología de la Salud en España acontece lo mismo. Desde la propia denominación que ha ido pasando por las influencias de escuelas y científicos norteamericanos, de "sociología de la medicina", a "sociología en la medicina" o hasta concepciones y denominaciones más modernas y menos foráneas: "sociología de la sanidad", "sociología de la enfermedad", "sociología de la salud" (4). Recreándose así en la última vocación sintáctica de "ciencias sociales de la salud y la medicina" término aceptado al finalizar el reciente III Congreso de Sociología que llevó como título "La Sociología frente a los retos del siglo XXI", celebrado en San Sebastián a finales de septiembre y principios de octubre de 1989.

A pesar del poco tiempo transcurrido en el desarrollo de este área específica de la sociología en España, y sobre todo las escasas o nulas posibilidades institucionales recibidas, es posible enunciar hechos acaecidos durante los últimos veinte años. Ello, nos permite decir, que esos testimonios producidos por la influencia de la salud, la enfermedad, la sanidad, etc. como objeto de estudio para la sociología perviven

porque históricamente, "arrastran con ellos su propio tiempo, y nuestro presente lleva una carga consustancial de tiempo pasado" (5), referencia que se suscribe en lo relativo a la historia en general, y en particular, en la dinámica que se ha intentado compartir con la mayor intensidad posible en esta subdisciplina científica a lo largo de los últimos quince años.

Coincidencia metafórica, junto a la retórica de Voltaire, cuando suponía que "de todos los milenios a lo largo de los cuales se ha desarrollado la vida humana, sólo interesaban cuatro siglos regidos por la razón: el de Grecia, el de Roma, el Renacentista,... y el suyo". Toda la otra historia no tenía razón de ser, no contaba. La experiencia de quien o quienes producen científicamente la historia, en qué momento, de qué forma, son hitos clásicos en todos los estudios sobre cuestiones de teoría, métodos, formas y objetivos. Dicha ciencia social no excluye cuestiones derivadas de determinadas escuelas de pensamiento diversos, provenientes de múltiples influencias, representadas contextualmente por modelos políticos, temporales y espaciales, ideológicos, económicos, sociales, religiosos, etc. Por ejemplo, aparece como innegable la diferencia que puede existir entre paradigmas históricos provenientes del positivismo y determinados prototipos marxistas. Uno de los exponentes clásicos del positivismo, Karl Popper, aparece opuesto frontalmente a toda influencia del materialismo histórico, enfrentamiento dialéctico que también radicalizaba cuando la contradicción provenía del fascismo (6).

Mientras que para los primeros puede llegarse a la predicción histórica a través del descubrimiento de los "ritmos", los "modelos", las "leyes" o las "tendencias" que yacen bajo la evolución de la historia, para la teoría marxista de la historia será el "estudio científico de la sucesión discontinua de los diferentes modos de producción" expresado literalmente por Marta Harnecker, innegablemente ortodoxa en interpretaciones marxianas (7).

Es por tanto, complejo, prácticamente imposible pretender equilibrios y unidades analíticas entre tendencias histórico-científicas disímiles. No es pretensión del autor adentrarse en las cuestiones inherentes a la epistemología de la historia. Tal vez, cabe preguntarse como en el final del libro de Lucien Febvre, aquel interrogante alegórico puesto en boca de M. Bloch cuando demandaba: "Papá, explícame para qué sirve la historia" ..., y lo ha explicado. "Pero quizás quedándose un poco en los límites de la técnica histórica. Negándose a penetrar en esa "no-man's-land" inexplorada en que el historiador juzga que él no tiene nada que hacer y el filósofo o el sociólogo que es sólo al historiador al que le toca arriesgarse" (8).

Sin pretender salir eclécticamente del problema planteado, más bien acercándonos al objeto de estudio de la tesis doctoral que presentamos, confrontaremos aspectos inherentes a modelos que provienen y definen la salud, la enfermedad, los sistemas sanitarios, etc., desde el funcionalismo, el estructuralismo, y otras dimensiones más próximas a aspectos definidos dentro de la evolución y lo diacrónico en lo individual y colectivo del ser humano, sano o enfermo. Como hemos realizado una breve miscelánea histórica, es de justicia hacer mención a Robert Strauss, quien articula las tendencias sociológicas de aquellos profesionales que trabajaban (en) para la medicina, de los otros/as que investigan o estudian cuestiones relativas a aspectos de la sanidad o la enfermedad (de) la medicina. En la actualidad, la convergencia, ya casi no distingue ambos paradigmas.

Al partir de nuestro compromiso vinculante y desde el comienzo en España, a la sociología de la salud, a la antropología de la enfermedad, a la aplicación de esta subdisciplina científica, a la problemática de la epidemia, legitima la importancia del tema de esta Tesis Doctoral, tal cual presentamos a continuación.

Dicha presunción resulta múltiple, al menos es nuestra pretensión demostrarlo a lo largo del texto que sigue. Para ello, el objeto de

estudio se desarrolla, a partir de todo lo enigmático, de un grave problema de salud pública, como se deduce del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), que supone el estadio final de la enfermedad producida por los virus VIH-1 y VIH-2, que se desarrollan generalmente dentro de un proceso asintomático, latente muchas veces hasta 10 años, y que deriva a posteriori en un amplio y variado espectro patológico conducente en determinadas enfermedades asociadas, y finalmente a la muerte del paciente.

Las grandes epidemias han tenido en la historia de la humanidad una enorme trascendencia abarcando a todos los sectores de la sociedad. Sin embargo, esta parece ser "la madre de todas las epidemias". Por ello y dada su especificidad fundamental en determinadas personas, iniciamos nuestra andadura hipotética analizando los conjuntos expuestos al virus como grupos de riesgo, amenazantes por partida doble, en su condición de endogrupos: homosexuales/bisexuales, toxicómanos, usuarios de drogas por vía parenteral o venosa y prostitutas, es decir, en primer término, como marginados excluidos de la sociedad por desviantes, por situarse fuera de la norma y de las leyes sociales. En segundo lugar, porque biológicamente por causa de su sangre, semen, identidad corporal y social, propagan el virus de la deshonra, del vicio, de la impunidad y de la pobreza humana, que en el caso emblemático de la madre, traspasa la infección a sus hijos al nacer o alimentarles con su propia leche. Este plebiscito de la sociedad, convierte una situación social en un juicio y condena moral y legítima de ese modo práctico que no tiene más autenticidad que la de haber sido impuesto con éxito.

El marco teórico se ha sustentado, para esta primera parte de la tesis, en el desarrollo y adaptación pormenorizada de las vertientes clásicas de los teóricos de la anomia, del conflicto, de la conducta desviada, de la estigmatización, de la etiquetación, y de otras procedencias intelectuales, que sin pertenecer a las ciencias sociales como categorización epistemológica, resultan inherentes al desarrollo teórico de nuestro marco general y particular de análisis. Así pues, Emilio Durkheim, Lewis

Coser, John Rex, Ralf Dahrendorf, John Horton, Toman Hobbes, Robert Merton, David Matza, Howard Becker, John Kitsuse, Erving Goffman, Jonathan Mann y, entre nosotros en España, Emilio Lamo de Espinosa, Luis González Seara, José Vidal Beneyto, Carlos Moya, Rafael Nájera, Jesús M. de Miguel, y otros, compusieron la fundamentación y referencia de todo lo relativo al marco teórico señalado.

El paradigma sistemático enunciado, se ha completado con tres capítulos, que a manera de convergencia, articulan lo teórico con lo pragmático. La segunda hipótesis, incluida en el segundo capítulo "La anticipación social", parte de la idea de conciliar dentro de una misma categoría sociológica como marco integrador, aunque no de solución, el problema de la anomia y el conflicto social originado por el SIDA. De allí que nuestra hipótesis se adentre en tratar de demostrar que anticipar socialmente es prevenir los riesgos epidémicos del síndrome de inmunodeficiencia humana, considerando a los mismos en sus factores biológicos, psicológicos, y sociales. Para ello, hemos partido de un marco teórico sobre el arquetipo de anticipación social (Weber, R. Merton, T. Adorno, J. Baudrillard, etc.), enhebrando los aspectos esenciales de distintas ciencias, confrontando aspectos teóricos médicos, esencialmente epidemiológicos, sobre el concepto de riesgo en la enfermedad y la muerte. La reflexión en el tercer capítulo, es la de encontrar la solución a la hipótesis de la convergencia entre la medicina y la sociología, recorriendo distintos modelos, que van desde el funcionalismo (T. Parsons), estructuralismo (R. Merton), sobre dimensiones donde destaca la práctica médica moderna, a prototipos menos individuales que acrecientan los colectivos, incluyendo a Sitgerist, Sonis, Hanlon, para quienes el recorrido final de la medicina, es cada vez más social y comunitario. Como afirmación de esta hipótesis, el capítulo cuarto, al tratar de las ciencias sociales de la salud, desarrolla el resultado pragmático entre enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas, y dentro de estas últimas, todo lo concerniente en clave de integración, a la sociología y la medicina, sin perder de vista el objeto de estudio central de nuestra

Tesis, representado por el SIDA, en sus relaciones sobre cuestiones de estructura social general de toda la población expuesta al virus.

Analicemos, pues, en esta introducción, con un mínimo detenimiento, los aspectos esenciales incluidos en el arquetipo que proponemos. Es así, que superada la década inicial desde la aparición del primer caso de SIDA en el mundo, la epidemia continúa creciendo a un ritmo vertiginoso, imparable, veloz, sin solución de continuidad (no existen vacunas ni terapéutica curativa). Tratándose de una pandemia precoz, aún joven, se estima que 800.000 personas desarrollaron la enfermedad durante esos primeros diez años, ocho millones se infectaron, y más de 400.000 murieron por causas relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. La sociedad entera se ha enfrentado a la morbimortalidad por excelencia, al desafío paradigmático de las ciencias. Por primera vez en toda la historia de la humanidad, articula la teoría y la práctica en modelos de conocimiento científico. Nos hallamos, por fin, en el camino del aporte interdisciplinario sobre ese objeto de estudio. El SIDA es el verdadero causante en esta unión entre distintas metodologías y técnicas de investigación que se articulan en un modelo que es al mismo tiempo pragmático y heurístico.

Adentrándonos en el tiempo, esta constelación se produce, durante el apogeo tecnológico. Satélites de la comunicación y cibernética en continua acrecencia, conectan internacionalmente todos los aspectos de la salud y enfermedad del ser humano. El fenómeno del SIDA, corrió vertiginosamente dentro de la difusión más sofisticada. La prensa en general, ha ocupado un sitio privilegiado entre el emisor y el receptor de la noticia. La pandemia se verbalizó popularmente, a través de los medios de comunicación social.

Este impacto se produce, cuando la medicina y los sistemas sanitarios de los países industrializados llevaban muchos años dedicados, casi exclusivamente, en resolver las enfermedades de etiología crónica y degenerativa, a prolongar la esperanza de vida, al hallazgo de métodos menos

cruentos en el diagnóstico y terapéutica, al reto de la ecología y el medio ambiente y, finalmente, a la conjunción individual y colectiva de la calidad de vida, en un intento final de localizar una justicia social tardía.

La aparición del SIDA replantea toda esta situación, pasando a escenificar el problema más grave por el que atraviesa la salud en el mundo. Las estimaciones para los años 90 (DMS), indican que el número de personas en el conjunto continental que desarrollarán la enfermedad, aumentará en varios millones más las estadísticas actuales. En este sentido, Rafael Nájera señala: "las previsiones para el año 2000, a través de las proyecciones Delphi de la DMS, son de 15-20 millones de personas infectadas y 5-6 millones de casos acumulados, aún cuando reconocen que estimaciones a más de 5 años vista son difíciles de realizar. A cinco años, calculan que el número de casos de SIDA, al menos, se duplicará o triplicará en la mayoría de países del mundo" (9). Para comprender ésto, es necesario adentrarse en algunos indicadores estremecedores, en las vías de contagio posibles.

De acuerdo con Jonathan Mann, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan 100 millones de casos por año en el mundo. De los 5 millones de toxicómanos/as que se inyectan drogas, existen estimaciones que determinan que el 20% están infectados por el VIH, lo que plantea un claro interrogante sobre los 4 millones restantes, condicionado por las prácticas de riesgo por contaminación que realicen al pincharse. La gran mayoría de los países pobres, no efectúa ninguna prueba de control sobre la sangre y sus derivados. Se continúa transfundiendo, bajo la sospecha de inocular elementos sépticos por el virus de inmunodeficiencia humana (10).

Las mujeres en gestación, portadoras y enfermas de SIDA, siguen pariendo hijos infectados quienes en una proporción alarmante, desarrollarán la enfermedad y morirán por la epidemia. Existen tres millones de mujeres

infectadas en el mundo y la pandemia para el año 2000 dejará 10-15 millones de huérfanos (11).

Visto este brevísimo introito, cabe plantearse examinar una serie de aspectos de gran interés en relación a la epidemia. En primer lugar, los primeros casos de SIDA en el mundo, provenían de hombres homosexuales, después siguieron, Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP), en su mayoría heroínómanos, hemofílicos, transfundidos con sangre o hemoderivados y prostitutas y usuarios de la prostitución. Aparentemente, las víctimas podían distinguirse entre culpables o inocentes de la propia infección y su propagación pandémica.

De allí que nuestro interés es examinar como los grupos sociales provenientes de normas impuestas por la sociedad que les hacen aparecer como desviados, a saber: toxicómanos, homosexuales, prostitutas, africanos, hispanos, etc., son en sí mismos y en cada uno de ellos en su propia identidad endogámica, generadores de conflicto social. Por este motivo, nuestra hipótesis pretende demostrar que el SIDA, al incidir en estos grupos sociales en conflicto latente, problematiza las explicaciones de la teoría del conflicto de que disponemos y reclama nuevas formulaciones, ya que modeliza tanto los procesos de cohesión intrínseca (desde los propios grupos de afectados), como exógena (desde la sociedad de los "normales").

También es de gran importancia saber si el SIDA suscita primero y conlleva después una doble sanción. En cuanto grupo de riesgo, población expuesta o individuo infectado y por la condición de estigmatizado o desviado social, que rápidamente le confiere.

Este primer cuerpo de hipótesis parece concluir con el concepto, de que aún tratándose de cuestiones relativas a la marginación y discriminación de individuos y grupos afectados por la propia condición endógena de representar a homosexuales, bisexuales, prostitutas, toxicómanos, hispanos, africanos, etc. (situación estigmatizante a la que ahora debe

- x -

agregarse el SIDA), la sociedad finalmente dará solución a este problema, que cuestiona su propia existencia, produciendo un nuevo orden e integrando en el mismo a todas estas poblaciones (expuestas o no) al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

Para ello hay que adentrarse en las nuevas tendencias en el orden discriminatorio, en el papel que crean los países hegemónicos dentro de las modalidades que empiezan a observarse para la confidencialidad, privacidad, en los aspectos epidemiológicos, médicos, biológicos, de los seropositivos, enfermos, y sospechosos de estarlo.

Un segundo aspecto del objeto de estudio, es saber en qué condiciones se encuentra España, ante todo lo señalado en relación a la marginación, y al conflicto, abarcando a las poblaciones expuestas al VIH con esas condiciones epidemiológicas y sociales. Así interesa saber, en qué situación se hallan los bancos de sangre, el aborto en gestantes infectadas por el VIH, programas preventivos y todo lo relativo a UDVP, Homosexuales, Prostitutas y lo referente a educación sanitaria, sexual y sobre todo la incógnita que aparece en la hospitalización, la terapéutica y los medicamentos. Asimismo, todo lo observado en las cárceles y los reformatorios, esencialmente entre la población de presos que son UDVP, y se hallan infectados o enfermos del SIDA.

Por todo esto, se ha estudiado en primer lugar, las variables sociodemográficas y familiares (sexo, edad, estado civil, número de hijos, modo de convivencia, tamaño de municipio); variables ocupacionales y sociolaborales; nivel de estudios, creencia y práctica religiosa y posición ideológica. Todas estas variables han resultado intervinientes como hipótesis de la historia natural de la enfermedad; la casuística de SIDA; los marcadores históricos en España y en el mundo; la problemática española frente al SIDA; el número de casos en España; vía de transmisión, defunciones, tasas de prevalencia, etc.

En cuanto al trabajo empírico cuantitativo, cuya metodología se explica en un punto distinto de esta introducción, interesó averiguar todas las variables sociodemográficas y familiares, junto con las sociolaborales y ocupaciones y las relaciones con el nivel de creencia o la ideología política que inciden en la problemática. Todo ello, ha dado lugar al planteamiento que origina la investigación de las variables de la realidad social que intentamos averiguar a partir de técnicas y método de las ciencias sociales, a las que hipotéticamente hemos denominado:

10.-Asociación o exclusión social frente al SIDA: Comportamiento sexual

20.-Simbolización de las carencias: educación sanitaria-sexual e higiene

30.-La educación sexual y sanitaria entre el mito y la realidad:
prácticas sexuales de riesgo para el SIDA

40.-De la indiferencia a la inquietud: opiniones y actitudes ante el SIDA

50.-Contradicción o inflexión: Cambio de hábitos sexuales por el SIDA

El análisis cuantitativo ha dado origen a un extenso capítulo, el quinto, que recoge los resultados de las cuatro poblaciones investigadas: población general, homosexuales/bisexuales, prostitutas y toxicómanos/UDVP.

Finalmente, y dentro ya de las técnicas cualitativas se han investigado a dos conjuntos que por su implicación en el proceso de investigación, resultaban a nuestro juicio de esencial valor pragmático en el desarrollo de la Tesis. Por ello, y dentro de estas técnicas empíricas se realizaron entrevistas individuales y grupales a personas que se autoentendían como Homosexuales/bisexuales y Toxicómanos/UDVP. En esta parte del trabajo y en base a la brevedad de toda presentación, destacamos en el estudio las siguientes hipótesis tratadas para cada uno de las

poblaciones expuestas. En el análisis a la población homosexual se investigó:

- a) valoración de la propia homosexualidad;
- b) la presión social;
- c) evolución en la visión social de la homosexualidad, referencias a la heterosexualidad y bisexualidad,
- d) los tópicos: promiscuidad, pederastia, y grandes ciudades como generadoras de ese comportamiento sexual,
- e) el impacto de la aparición del SIDA,
- f) actitudes y cambio de conductas tras la explosión de la epidemia.

En el análisis a la población de Toxicómanos se recogieron, fundamentalmente, referencias a:

- a) *el propio discurso de los UDVP sobre el problema de la droga;*
- b) los indicadores ambientales, individuales y sociales como posibles cofactores del hábito del consumo a drogas;
- c) la valoración que los toxicómanos hacen de la sociedad;
- d) el proceso de habituación a sustancias tóxicas,
- e) la opinión sobre la legalización de las drogas,
- f) el conocimiento y cambio de prácticas de riesgo por la aparición del SIDA

La metodología empleada para esta Tesis, se encuadra en el método y técnicas del análisis cuantitativo y el análisis cualitativo. En el primer caso, se trata de la creación de un cuestionario compuesto por 72 preguntas y 333 códigos de respuestas, idéntico para sondear a las cuatro poblaciones objeto de estudio. La particularidad sin embargo, consistió, en que al tratarse de grupos con características muy diversas, se optó por la selección de la muestra de dos formas diferentes. Para la Población General española, las unidades muestrales resultaron aleatoria, por cuotas de sexo, edad y hábitat, recogiendo un total de 1.117 encuestas válidas. Para el resto de las poblaciones expuestas: homosexuales/bisexuales; prostitutas y toxicómanos/UDVP, las unidades

muestrales fueron realizadas por cuotas de edad y sexo, y la recogida fue efectuada sobre distribución geográfica, no aleatoria.

Tal cual aparece en la ficha técnica, para el cuestionario distribuido entre la Población General, el error resultó de $\pm 3,5\%$ un nivel de confianza de 2 sigmas (95,5%) y la varianza proporcional P/Q = 50/50. Para las restantes tres poblaciones, el error se elevó a $\pm 7\%$ para las mismas condiciones estadísticas.

En cuanto a las técnicas cualitativas, se realizaron las entrevistas semidirectivas sobre la elaboración de un protocolo que incluía:

- 1) Perfil psicosocial de los entrevistados
- 2) Autopercepción de marginación, conducta desviada y anomia social
- 3) Hábitos, conductas y prácticas de exposición al SIDA
- 4) Situación ante la aparición del SIDA.
- 5) Cambio de hábitos, costumbres, actitudes y conductas frente al SIDA.

El modelo de análisis se ha estructurado fundamentalmente en base a dos dimensiones del discurso: la Referencial (temática) y la Motivacional.

Las reuniones se realizaron entre el mes de marzo y el mes de septiembre de 1988. El resultado fue la obtención de 150 horas grabadas con las entrevistas individuales y la discusión de grupos, que se llevaron a cabo en las siguientes Autonomías: Cataluña, Madrid, País Vasco, Baleares y Andalucía. La elección de estas comunidades españolas estuvo motivada porque además de ser comunidades bien diferenciadas entre sí cultural, económica y sociológicamente, representan la mayor incidencia y prevalencia de casos de SIDA. Asimismo, como ha quedado expresado en capítulos anteriores, existen diferencias fundamentales en relación a la casuística y tipo de exposición al SIDA, muy acentuadas por ejemplo entre el País Vasco y Baleares, como se explicará más adelante.

Finalmente, aunque tal vez, hubiéramos tenido que empezar por esta última parte, la Tesis Doctoral que se presenta, inició su andadura en el año 1986, es decir, hace aproximadamente un lustro. En aquel entonces, había comenzado a prepararse, la primera reunión de gran envergadura en España, motivada por una epidemia aún incipiente, pero de una rápida propagación, que a su particular forma de infección, unía la de su elevada mortalidad.

Sin embargo, lo que llamaba poderosamente la atención, era que todos los afectados, agregaban a la morbilidad y fallecimiento, el pertenecer a poblaciones de personas, singularmente marginadas, antes de la aparición pandémica. Había entre ellos, homosexuales, bisexuales, usuarios de drogas inyectadas, haitianos, africanos e hispanos, madres infectadas que parían hijos contaminados, unidos a hemofílicos, y transfundidos con sangre o hemoderivados, por razones diversas.

Todo ello hizo que, antes de organizar la idea, en torno a la investigación que dio marco estructural al estudio propiamente dicho, se iniciara un camino mucho más próximo a reivindicaciones de los derechos humanos. Se acogió toda la problemática del SIDA, desde varios puntos convergentes. Por una parte, alertar a toda la población de los riesgos al contagio y cómo evitarlos, es decir, concienciar y educar sobre las formas de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana y, sobre todo, que se trataba de un problema de salud pública, donde todos estábamos implicados.

Se colaboró en la creación de comités, comisiones y asociaciones ciudadanas, que cumplieran tareas de asesoramiento y divulgación, lográndose que el punto de referencia, fuesen los endogrupos más castigados antes y particularmente a partir de la epidemia. Nacen, pues, para aquellas fechas, los Comités Ciudadanos Anti SIDA, los Grupos de autoapoyo a seropositivos y enfermos y, un poco más tarde, las casas de acogida.

A partir de aquel primer encuentro internacional de 1986, observamos principalmente las enormes carencias y déficit en estudios de carácter social. La participación en el Congreso junto a personas que se autoenjuiciaban como homosexuales, prostitutos, toxicómanos usuarios de drogas por vía parenteral y otros representantes heterosexuales, resultaron ser los primeros pasos hacia el objetivo fundamental de esta Tesis. Desde el primer momento, contamos con la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, en cuyo Instituto, Centro de Análisis Social dirigido por D. José Vidal Beneyto, convinimos el paradigma total de la investigación.

Recibimos el apoyo incondicional de su Rector, D. Santiago Roldán, y del resto del profesorado. De igual forma, dispusimos de un entusiasta grupo de alumnos, que colaboraron en la red de campo más compleja, aquella que cuantitativamente incluía a toxicómanos/as UDVP, Homosexuales/bisexuales, y Prostitutas, distribuidos por toda la geografía española. También intervinieron especialistas en dinámica de grupos y análisis cualitativo, que llevaron el peso más complejo del protocolo de análisis.

La misma dedicación y asistencia, se tuvo desde los Comités Ciudadanos Anti SIDA, muy especialmente el de Madrid, el cual integrábamos, y que sirvió de enlace y apertura, al resto de comisiones y asociaciones de España. Su fundador, Héctor Anabitarte, cumplió estratégicamente, una labor imprescindible para este trabajo. El contacto en Hospitales, Centros de desintoxicación y deshabituación, Colectivos gays, Institutos de Homosexuales, Centros de Salud, como todo lo recibido desde el Plan Nacional sobre el SIDA, nos dio vigor y sensibilidad a la hora de reunir el enorme caudal, de transferencias intelectuales de todo tipo, que se recibió para la consecución de esta Tesis.

Por su desinteresada colaboración, queremos significar a Carma Bosch y Raul Azarini en Barcelona; Manuel Alejandro y Cruz Contreras de Andalucía y Daniel Zulaika y Belén Elizalde del País Vasco.

Siempre bajo la Dirección del Profesor Vidal Beneyto, el primer manuscrito, se revisó en la OPS de Argentina a través del Profesor Abraam Sonis, y en Madrid, Rafael Nájera, Rafael de Andrés, Pilar Estébanez, Pilar Nájera y González Lahoz, dieron indicaciones y sugerencias de enorme valor, sobre aspectos virológicos, terapéuticos de educación sanitaria y sexual, unido al banco de datos del Instituto de Salud Carlos III.

Acabando la investigación el Profesor Miguel Roiz, resultó de una colaboración inestimable dando las indicaciones precisas para la articulación y ensamblaje definitivo de toda la investigación sociológica. Sin embargo, y a pesar de todo ese equipo, debemos agradecer la ayuda en forma de beca brindada por Distrex Ibérica, quien confió en la UIMP, el CAS y sus integrantes. Sin ella, no hubiese sido posible la elaboración de esta tesis, que tuvo un elevado coste económico, producido por cuatro investigaciones empíricas cuantitativas y dos cualitativas, abarcando toda la geografía española y determinada por los métodos y técnicas sociológicas.

El manuscrito original sufrió ajetreados y enriquecedores viajes a Estrasburgo, París, Praga, Viena, Dublín, o la para entonces, todavía, Unión Soviética, lugares todos ellos desde donde se recibía vía fax, las últimas indicaciones del Maestro del que hemos tenido la fortuna de recibir sus indicaciones y consejos. Por tanto, a D. José Vidal Beneyto rendimos nuestro más sincero homenaje.

Por último, nuestro agradecimiento especial a todas las personas que han colaborado en nuestro estudio ofreciéndonos sus testimonios más íntimos y personales sobre los sentimientos más profundos del ser humano: el miedo a la muerte, la solidaridad, la soledad, y el coraje de vivir.

B I B L I O G R A F I A

1. Roberto Arlt (1975) NUEVAS AGUAFUERTES, Ed. Losada, Buenos Aires, p. 20.
2. R. Collingwood "THE IDEA OF HISTORY", p. X. Tomado de E. H. Carr en "WHAT IS HISTORY?" en la versión en castellano "¿QUE ES LA HISTORIA?" (1973) Ed. Seix Barral, Barcelona, p. 35.
3. Fernan Braudel (1986) LA HISTORIA Y LAS CIENCIAS SOCIALES, Ed. Alianza, Madrid, pp. 107-129.
4. Cf. Ricardo Moragas (1976) ENFOQUE SOCIOLOGICO DE DIVERSAS CONCEPCIONES DE SALUD" Revista Papers nº 5, Barcelona, pp. 31 a 54.

Ricardo Usieto y col. (1983) Revista de Sociología de la Sanidad y la Salud, núm. 1. Editado y compilado por el mencionado autor para la Asociación Castellana de Sociología, en la actualidad Asociación Madrileña de Sociología. Madrid.
5. Jorge Cassani y A. Pérez Amuchástegui (1969) ¿QUE ES LA HISTORIA? Libro difundido sólo para estudiantes de historia en la Universidad de Buenos Aires. Parece oportuno su hallazgo y complementariedad con todo el estudio. Ed. Parrot, Buenos Aires.
6. Karl Popper (1973) LA MISERIA DEL HISTORICISMO (1973) Ed. Alianza, Madrid. pp. 19-69.
7. Marta Harnecker (1971) LOS CONCEPTOS ELEMENTALES DEL MATERIALISMO HISTORICO. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires

8. Lucien Febvre (1970) COMBATES POR LA HISTORIA, Ed. Ariel. Barcelona.
p. 242.
9. Rafael Nájera (1991) PERSPECTIVAS DEL SIDA EN LOS NOVENTA, Revista
JANO, vol XL, nº 940, p. 127
10. Jonathan Mann (1990) "GLOBAL AIDS: REVOLUTION, PARADIGM AND SOLIDARITY" AIDS 4 (SUPPL. 1):5247-5250. Current Science.
11. James Chin (1991) Conferencia de Apertura del VII Congreso del SIDA,
Florencia, Junio de 1991 (Abstracts).

C A P I T U L O I

SOLIDARIDAD Y CONFLICTO. ANOMIA Y MARGINACION EN EL DESEQUILIBRIO SOCIAL SIMBOLICO

1. SOLIDARIDAD Y CONFLICTO. ANOMIA Y MARGINACION EN EL DESEQUILIBRIO SOCIAL SIMBOLICO.

"Así, no es cierto que la actividad humana pueda estar libre de todo freno. Nada hay en el mundo capaz de gozar de tal privilegio. (...) Lo que el hombre tiene de característico es que el freno a que está sometido no es físico, sino moral, es decir, social. Recibe su ley, no de un medio material que se le impone brutalmente sino de una conciencia superior a la suya y cuya imperiosidad siente. Porque la mayor y la mejor parte de su vida sobrepasa el cuerpo, escapa al yugo del cuerpo, pero sufre el de la sociedad" (1).

1.1. INTRODUCCION

Casi a un siglo de distancia de la consagración terminológica del término "anomia" utilizado por primera vez, por Durkheim en 1897, el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), vuelve a situarlo en primera línea y darle plena vigencia científica y simbólica (2). La infelicidad, como pugna del hombre que busca y no logra realizarse a si mismo, normalidad versus anormalidad, teniendo como limo sedimentado la moral, para que la "imagen de aquel que me completa resulte inseparable de la mía", cuyas fronteras se establecen en la felicidad y el placer, en la penumbra difusa de las normas, desvanecimiento de libertades contrapuestas. Arboleda buscada y perdida de Alberti.

Todo parece discurrir sobre frágiles andamios sociales, sobre cuyos cruces de hierros y tablones, deambulan, quienes no están contagiados del virus que provoca el SIDA, pero pertenecen a grupos con peligro de estarlo y por ende, "irradian" epidemia. Aquellos que ya están infectados pero, todavía no han desarrollado la enfermedad, los seropositivos que infectan a los otros a causa de sus relaciones sexuales, de su sangre, que la transmiten a los hijos que procrean, etc. Y esos otros, ya enfermos que, no sólo pertenecen visiblemente a la pandemia sino que, engrosarán los registros de casos como agentes mórbidos, y luego como muertos, que han dejado como herencia maldita, el

virus que produce el SIDA. Y surge este oráculo gigante, emerge la denominación de anomia resultado de una larga búsqueda de ubicación semántica que, ni el mismo Durkheim imaginó hace cien años. "Sin ley", "alegal", en el sentido que le confiere Ferrater Mora, la anomia tiene absoluta coherencia aplicada a los grupos expuestos a la pandemia (3).

El carácter efímero que según Jean Duvignaud, es propio de la anomia, ya que "los hechos de anomia se sitúan allí, donde de una manera brutal, inspirada, se establecen cortocircuitos entre diversos discursos - político, literario, etc.- provocando configuraciones inéditas, aún no conceptualizadas, siempre perecederas", no se corresponde con el hecho de que la exclusión o cuando menos la marginalidad parecen otorgar a los anómicos y sea cual sea la causa de su anormalidad, un espacio específico en el que homosexuales, prostitutas, toxicómanos, gitanos, etc., conjuntamente con sus familias, amigos y compañeros de pasaje forman una población aluvionaria y circunstancial de elementos fluidos e intercambiables, pero no por ello menos fija y arquetípica, como conjunto casi atemporal (4).

2. LEGITIMACION ALEGORICA DEL CONFLICTO

Lo que constituye a los anómicos en tales es su condición de desviados sociales, indeseables, asociales, de conductas desviadas. Anómicos lo son en cuanto enfermos, anormales, seropositivos, enfermos latentes, infectados, contagiosos, epidémicos. En definitiva, funcionan como provocaciones que radicalizan la conciencia de la angustia, del miedo, de la muerte, propios de nuestra sociedad, sentimientos que la pandemia lleva a la condición de paranoides y nos hace insoportable el vivir en la incertidumbre, aterrador al enfrentarnos con lo desconocido.

El virus de inmunodeficiencia humana, legitima el rechazo que hace la sociedad de los "grupos de riesgo" amenazantes a doble título, en primer lugar, como marginados, excluidos de la sociedad por desviantes, por situarse fuera de la norma; en segundo término, porque biológicamente, por causa de su sangre, semen, identidad corporal y social, propagan el virus de la deshonra, del vicio, de la impunidad y de la pobreza humana. Este referendum de la sociedad, convierte una situación social en juicio y condena moral y legitima de ese modo práctico que no tiene más legitimidad que la de haber sido impuesto con éxito.

El SIDA, tiene como consecuencia que sus enfermos "enfermen" socialmente a la comunidad produciendo seres humanos anómicos, sometidos a un insalubre conflicto entre su identidad colectiva y sus identidades individuales, a la par que desbarata el aparato productivo, pues reclama dispendios económicos extraordinarios para atajar la epidemia. Ese conflicto la contradicción, entre rol/aptitudes individuales y rol/aptitudes colectivas, devuelve toda su plena vigencia a la autoridad moral. "En una sociedad sana, rol y aptitudes vitales muestran una clara armonía, ejerciendo el control social los mejores dotados biológicamente. Por el contrario, en una sociedad "enferma" el conflicto surgido por la inadecuación entre rol social y aptitudes originará un estado anómico y por tanto, la conducta desviada (5).

El paradigma elaborado por Durkheim ensamblando la organización social con la división del trabajo, encuentra su prolongación en la compensación equilibradora, en la capacidad legitimante que se confiere a las conductas desviantes de ruptura. Desde esa perspectiva, para Ernesto Coy et al., el delito (en nuestra investigación, las manifestaciones anómicas) "como hecho social normal y funcional, no es más que la respuesta a una situación injusta, la incomodidad ante un rol social indebido" (6). Con lo que se otorga estatuto moral a los comportamientos y a las reivindicaciones sociales, que contradicen el orden y el control social existentes. En nuestro caso, la reacción social ha correspondido a movimientos ciudadanos, asociaciones, fundaciones, sectores progresistas y solidarios, asociaciones y Federaciones Anti-SIDA, Grupos de Autoapoyo de Seropositivos y Enfermos de SIDA, Organizaciones no Gubernamentales de todo el mundo, etc.. Por otra parte, los organismos políticos y las administraciones públicas "han regulado" en términos del sociólogo francés, los evidentes signos antropofágicos de la sociedad, contra el desviado y sus consecuencias.

Sin embargo, el SIDA problematiza por una parte, la idea de un mundo que encuentra su cohesión gracias a los sucesivos y complementarios agrupamientos sociales, y en el que la división del trabajo reduce notablemente la discriminación fruto de la desigualdad e instala al hombre en un universo regido sustancialmente por diferencias naturales. El SIDA invalida la esperanza puesta en la capacidad correctiva de las desigualdades que se suponía tenía la evolución humana. Tal vez los rasgos con mayor capacidad discriminante del SIDA sean los aspectos sociales de la epidemia, que llevan a su límite la inconciliabilidad entre cohesión social y conflictos originados en la exclusión. Segmentación discriminante que, Ernesto Coy et al oponen al voluntarismo optimista de Durkheim, cuando por un lado reduce la importancia numérica y la función creadora del conflicto y, por otra, postula su sumisión a la conciencia dominante en el grupo, ya que según ellos, para Durkheim "una sociedad es buena cuando es cohesiva. De esta forma los grupos

constituyentes de la sociedad se complementan en sí mediante la conformidad a la conciencia colectiva" (7).

Todo cuanto rodea a la epidemia provocada por el SIDA, produce y reproduce el conflicto, aún en la sospecha. La propia desconfianza acrecienta el conflicto. El SIDA "per se" pasa a constituirse en fenómeno diferenciador dentro de la teoría del conflicto social. En este sentido, el desarrollo del conflicto derivado de la epidemia, se distancia de la explicación que sobre las funciones del conflicto social desarrolla Lewis Coser, donde el conflicto puede ser estudiado no como factor de ruptura de sistemas sociales, sino como teniendo una función dentro de esos sistemas (8).

La hipótesis establecida para esta parte de la investigación trata de demostrar por una parte que, los grupos sociales provenientes de normas impuestas por la sociedad, que los hacen aparecer como desviados, a saber: toxicómanos, homosexuales, prostitutas, africanos, hispanos, etc., son en sí mismo y cada uno de ellos en su propia identidad endogámica, generadores de conflicto social. Nuestra hipótesis pretende que el SIDA, al incidir en estos grupos sociales en conflicto latente, problematiza las explicaciones de la teoría del conflicto de que disponemos y reclama nuevas formulaciones, ya que modeliza tanto los procesos de cohesión intrínseca (desde los propios grupos afectados), como exógena (desde la sociedad de los "normales").

En la descripción de la naturaleza del conflicto social según John Rex, la relación conflictual entre los grupos, exige siempre una voluntad de oposición, un propósito antagonista. No puede haber conflicto sin la existencia de por lo menos "dos partes con aspiraciones u objetivos en conflicto". Aunque existan agrupaciones de personas con objetivos diversos y en parte opuestos, lo que genera el conflicto es la estructura antagonista de la posición de los grupos dentro de "un sistema de interacción social". Conviene insistir en que lo que opone a unos individuos frente a otros no son objetivos individuales

contrapuestos, sino objetivos de un grupo incompatibles con los objetivos de otro grupo. El primado del antagonismo colectivo es esencial en Rex (9).

Los conflictos pueden ser básicos, cuando se trata de acceder a los medios que aseguran la nueva supremacía, haciéndose más complejos a medida que se asciende en la escala social y se trata de enfrentamientos en el ámbito de los procesos de producción, control del poder, o control de las ideas. En la práctica del conflicto, es esencial el desequilibrio entre la clase dominante y las minorías sometidas, causa permanente de su generación, aunque sin olvidar la capacidad atenuadora de las reformas ni la posibilidad de conciliaciones provisionales mediante compromisos entre las aspiraciones insatisfechas y las normas y los sistemas de poder (10).

Deja pues de ser tautológico, el afirmar que, como grupos en situación de conflicto permanente, estos diversos colectivos catalogados socialmente como "diferentes", "maricones", "putas", "drogados", etc. representan minorías casi clandestinas, apenas en algún caso compadecidas socialmente. E. Coy sostiene que la coincidencia en el enjuiciamiento social, de grupos tan diversos, como los que se engloban en la designación del "desviado", se debe a que "no nos encontramos ante una realidad en sí, sino ante una realidad construida socialmente, en cuanto que tales comportamientos han sido definidos en función de determinadas normas que, por lo demás, son variables en el espacio y en el tiempo y, por tanto relativas" (11). A lo que hay que agregar que esa condición relativa, dependerá también del origen del conflicto y de la capacidad, por parte de cada uno de los grupos señalados, de alcanzar unos niveles mínimos de cohesión interna, determinante de su eficacia integradora para componer un colectivo estructurado. En el mismo sentido, y de acuerdo con Ralf Dahrendorf, el conflicto puede contribuir a la integración de los sistemas sociales, o por el contrario, empujan

hacia su transformación y cambio (12) (*1). Y así por medio del conflicto se restablecen los segmentos que separaban los subconjuntos enfrentados resulta integrador y estabilizador en función del sistema. R. Dahrendorf sigue en este tema el modelo de L. Coser, al afirmar que el conflicto representa un riesgo real para el sistema, cuando pone en "peligro el consenso básico", en el que se funda la organización social imperante (13). Por lo demás el conflicto, tanto en L. Coser como en Sorel sirven para evitar la "osificación del sistema social" (14).

De estas definiciones de conflicto resulta evidente que, las consecuencias humanas de la epidemia generan conflictos que superan las dimensiones de los enfrentamientos intergrupales, para convertirse en un solo modelo conflictual, que cohesiona a quienes portan el VIH+, a quienes han desarrollado las enfermedades provocadas por el SIDA, a quienes están infectados pero aún no registrados como seropositivos y a todas aquellas personas que como consecuencia de la pandemia, tanto desde su perspectiva cultural como histórica, se hallan condenadas al contagio. Esta es, por lo demás, la situación en que se encuentran en su conjunto los países y continentes destinados a seguir al margen del proceso de desarrollo continuado propio de los países postindustriales. Por tanto, si existen en este momento más de diez millones de infectados de SIDA la pregunta capital es el futuro de la pandemia en las distintas áreas geopolíticas y la posibilidad de enfrentarse a ella de una manera diversificada y adaptada a las características de cada área.

Los grandes países hegemónicos han comenzado a tratar de "regular" el trascendente conflicto producido por la epidemia del SIDA. En los próximos capítulos trataremos de la regulación y la forma de encauzar el conflicto en EE.UU, con sus posibles reivindicaciones, soluciones

(*1) Para esta parte de la investigación se ha utilizado la traducción del Cap. VI del mencionado texto y autor, por intermedio de la Ficha nº 618, SOCIOLOGÍAS ESPECIALES: CONFLICTO SOCIAL, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. 1967. LAS CLASES SOCIALES Y SU CONFLICTO EN LA SOCIEDAD INDUSTRIAL fue editado por RIALP, S.A., Madrid 1962

(parciales) y carencias reflejadas en las medidas concretas que se proponen y las compararemos con las correspondientes a otras realidades, particularmente, la española.

Siguiendo con esta breve explicación de un posible marco teórico y apoyándonos en R. Dahrendorf, parece que puede pretenderse que en cualquier situación de conflicto, y para que pueda producirse la antagonización tienen que existir intereses comunes. De igual modo, puede afirmarse que para que la regulación tenga éxito, debe de haber un reconocimiento explícito de las divergencias y de las posiciones y contenidos opositivos. Lo contrario, el "borrar las líneas del conflicto por medio de las ideologías propensas a la armonía y a la unidad" se traduce en aumento del conflicto y, sobre todo, de la violencia que lo acompaña (15).

En segundo término, es necesario que los individuos se agrupen y los grupos formados por ellos se institucionalicen, es decir, se organicen. Esta es condición indispensable para pensar en su posible regulación e inscripción en la trama del sistema.

Un tercer elemento en la tesis de Dahrendorf apunta a la fuerza reguladora y a la capacidad determinante de las reglas de actuación de los diversos antagonistas que intervienen en el conflicto (16). Aunque el autor concibió la idea de "regulación" para aplicarla a los conflictos interclasistas cabe, a mi juicio, trasladarla a otros ámbitos y utilizarla para el tipo de grupos a que nos estamos refiriendo que son los actores colectivos y los núcleos de imputación de los conflictos que nos ocupan.

Por lo que se refiere al primer elemento de la hipótesis dahrendorfiana, parece claro que en la epidemia del SIDA existan, por una parte, intereses comunes y, por otra, objetivos contrapuestos. La dimensión común viene de su naturaleza endógena, cerrada, que no es consecuencia de su libre elección, sino resultado de una condena social que no les

deja ser más que lo que son: homosexuales, toxicómanos UDVP, prostitutas, etc., y los varios cruces posibles de estos subconjuntos humanos. Asimismo, estos mismos grupos, infectados o enfermos de VIH+. Endogeneidad, marginación, hermetismo grupal que indudablemente refuerza su conciencia comunitaria, su solidaridad, lo que de común tienen. Frente a ellos se alzan, con una voluntad descalificatoria total, todos los sectores políticos, ideológicos, religiosos, económicos, educativos y sanitarios que quieren por todos los medios librarse de la enfermedad y aislar a los transmisores de la epidemia. La referencia a Norteamérica es, en este punto, obligada y paradigmática. El Gobierno de los EE.UU, apoyado mayoritariamente por los poderes sociales de su país, en lugar de intentar reducir el conflicto mediante una política uniforme de armonización de los objetivos enfrentados, (entre los afectados y la población sana) ha dictado nuevas normas que exacerban el antagonismo y condenan irremisiblemente a una de las partes. Normas que se aplican incluso a aquellos que al entrar en territorio USA, no puedan acreditar no ser portadores de anticuerpos del virus del SIDA. A ésto se agrega, la proliferación de una serie de medidas consideradas como antisolidarias, antidemocráticas, segregacionistas y discriminatorias, como pueden ser el no mantener el anonimato de los afectados, los controles intrahospitalarios para trabajadores del sector, y para los propios pacientes, las exclusiones en el trabajo y en las escuelas, las marginaciones públicas a seropositivos, etc. Todo lo cual en vez de normalizar el conflicto lo aumenta, aumenta, tendiéndose con ello a la creación de un nuevo orden sanitario internacional, que mediante nuevas medidas sanitarias, políticas, económicas, educativas, etc., confine la epidemia y el conflicto generado por ella en ciertos países y áreas. Lo que hoy aparece como una manifiesta medida discriminatoria, mañana resultará una regla comúnmente aceptada por todos.

En cuanto al segundo término de la hipótesis de Dahrendorf, existen contextos donde los desviantes tienden a agruparse y a funcionar institucionalizadamente en la esfera privada y pública. España precisamente se ha mostrado en estos últimos quince años como un país

particularmente apto para adoptar comportamientos funcionales a la estabilidad del sistema. Y así, parte de los líderes de los Comités Anti-SIDA y de las Asociaciones del mismo ámbito han mostrado una gran receptividad para las propuestas emanantes de la administración y para el encuadramiento jerárquico. Por lo que, puede afirmarse que en España los pequeños focos de conflicto y las reacciones sociales a los mismos, se han eliminado mediante transacciones entre el poder y los posibles protestarios. La creación de Comités, Comisiones y Asociaciones han servido de colchón amortiguador de los antagonismos, incluso en el caso de portadores y enfermos. El único sector, como veremos más adelante, irreductible por sus características especiales, son los toxicómanos UDVP, que tienen muy pocas o nulas posibilidades de adscribirse a la transacción y de plegarse a los reclamos administrativos.

Por lo que se refiere al tercer elemento antes descrito, aunque la presencia del SIDA dura ya más de diez años, no existen indicios de que el proceso pueda someterse a pautas normativas que determinen comportamientos funcionales y estables para el tratamiento inmediato y prospectivo del conflicto provocado por la pandemia.

3. PORTADORES O ENFERMOS DE SIDA. EL DESIGNIO SOCIAL IMPLICITO

El SIDA es una ilustración paradigmática de la hipótesis teórica del Profesor Lamo de Espinosa, de que existen delitos sin víctima, porque nadie reclama ni asume esa condición y el propósito de la acción no era el producirla. Escribe Emilio Lamo: "Puesto que se trata de transacciones voluntarias, nadie se queja de ellas, no hay denuncias y, por tanto, cabe estimar que no hay víctimas" (17). La homosexualidad, la prostitución, la toxicomanía, los africanos, ligados al SIDA, no producirían, pues, víctimas. Ahora bien, como el mismo Profesor Lamo de Espinosa agrega "la afirmación de que no hay víctimas puede ser criticada. Se señala que, si bien no hay víctima aparente, siempre puede encontrarse una. Y así, la prostituta es víctima del cliente que la explota, o el yonqui del camello que le vende la droga a precios exorbitantes" (18). El SIDA, correlativamente, produce víctimas, se contabilizan por millones en todo el mundo, portan el virus (VIH), hay enfermos, muertes y está ocasionando una de las mayores pandemias de la historia. Pero son unas víctimas especiales que ejercen también de verdugos, son víctimas de delitos que se convierten, a su vez, en delincuentes, agentes que expanden la infección a sabiendas o, legalmente culpables, por imprudencia temeraria.

Y ello ocurre tanto en las prácticas de las relaciones sexuales en su amplia acepción, (homosexuales, bisexuales, heterosexuales, en la prostitución). Como en el mundo laboral, (caso de los médicos y sanitarios, especialmente los dentistas) y, en general, en todos aquellos supuestos en los que conociéndose su vinculación con el VIH no se recurre a medidas de prevención y, sobre todo, no se pone en conocimiento del partenaire, usuario o destinatario la posibilidad de que se produzca el contagio, todo es sancionado por la ley. Al mismo tiempo, inocentes y culpables, víctimas y delincuentes, El SIDA, y ésto es lo importante, a través de quienes lo padecen genera y legitima el delito.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, suscita primero y conlleva después, una doble sanción. En cuanto grupo de riesgo, población expuesta, o individuo infectado, y por la condición de estigmatizado o desviado social, que rápidamente le confiere. Esta dicotomía en función integradora o desintegradora, de todo proceso anómico, exige una lectura que no se limite a los componentes estructurales y organizativos de la sociedad, sino que tenga también en cuenta la "relación que el actor social mantiene siempre con el orden simbólico". En el sentido divergente descrito, la anomia "no se aplica ya sólo al nivel de la organización de la sociedad, sino también en la relación del deseo con la ley, en el fracaso de ésta por humanizar aquel" (19).

3.1. LA ANOMIA. CATEGORIA DIVERGENTE EN EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

El ejemplo de las poblaciones expuestas al virus del SIDA replantea la contextualización histórica de la anomia y en algunos casos la legitima. Ser homosexual, prostituta/o, toxicómano, africano, etc., no es igual en un lugar que en otro, en un tiempo que en otro distinto. Espacio y tiempo son categorías decisivas para la definición y aprehensión de estos roles y comportamientos sociales.

El control social que se ejerce sobre la prostitución, en la actualidad, no es igual en países en los que domina el "fundamentalismo", donde la prostituta todavía puede ser lapidada en lugares públicos por ejercer la prostitución, que en ciertos países africanos, en los que la prostitución y las prostitutas son bien aceptadas, ocupando un lugar destacado en la escala social. Las mayores fuentes de ingresos familiares, la seguridad económica personal y del propio grupo, están garantizadas cuando existen una o varias mujeres que desarrollen esa actividad. Asimismo, donde se lapida a las prostitutas, se admiten las tendencias poligámicas cuya pervivencia, como sabemos, depende en gran medida del desarrollo económico y social del grupo. A propósito de la homosexualidad e incluso de las drogas, las determinaciones socioculturales a que su práctica está sometida, nos llevarían a hacer las mismas observaciones (20).

Es necesario detenerse un momento en este punto, puesto que parecería que a mayor control, más integración, menor anomia. Sin embargo, John Horton refiriéndose a la deshumanización de la anomia y la alienación que inevitablemente la acompaña, señala que: "considerada fuera de cualquier contexto histórico particular, la anomia se refiere a los problemas del control en un sistema social. Las coerciones culturales no son efectivas: los valores están en conflicto o ausentes, las metas no se ajustan a las estructuras de oportunidades o viceversa, los individuos no están socializados de manera adecuada a las directivas

culturales. Cualquiera sean los significados particulares, anomia es un estado social de falta de normatividad o de anarquía; el concepto se centra siempre en la relación entre los individuos y las fuerzas coercitivas del control social. Durkheim usó tasas de desviación y el estado de la ley y del castigo como índices conductuales de anomia. Si bien evita definiciones psicológicas, supone que el egoísmo, la lucha insaciable, la falta de sentido, la falta de objetivos, serían las reacciones probables ante la vida en una sociedad anómica" (21).

Lo propiamente anómico de esta epidemia, no es el SIDA, sino que paradójicamente es algo que le precede, aunque sólo lo advirtamos con la aparición de la enfermedad, es el hecho previo de pertenecer a un grupo considerado ya como anormal, calificado ya como desviante, rechazado y portador del estigma, que todos reconocen y condenan. Si desagregamos las poblaciones infectadas, en grupos que sean función de su adscripción social observaremos grandes diferencias en el tratamiento a unos y a otros. Se puede pertenecer a colectivos contagiados por el VIH, sin ser objeto de discriminación ni ser considerado como anómico. Es el caso de las personas heterosexuales, de los hemofílicos, o de los transfundidos con sangre o hemoderivados. Lo mismo sucede con quienes siendo seropositivos o enfermos de SIDA, han llegado a esa situación, debido a circunstancias accidentales, como las que ocurren en el medio sanitario (inoculación casual del virus), tanto al personal de salud como a los pacientes, o las que derivan de la utilización de elementos contaminados como pueden ser, cuchillas de afeitar, tijeras, etc.

Sin embargo, en la misma consideración de heterosexuales, aparecerán como anómicos quienes resulten a la vez toxicómanos (UDVP), prostitutas o madres infectadas. Delitos y víctimas se resitúan dentro del entramado social con perfiles distintos y en ubicaciones diferentes según el tipo de sociedad y la concepción de orden social de que se trate. John Horton se opone a Durkheim y afirma que: "Preocupado más por la naturaleza del orden que por el cambio, Durkheim pone de relieve el aspecto pasivo de la relación hombre-sociedad, cómo la sociedad hace y condiciona a los

hombres". Por ello, el concepto durkheimiano de anomia, centrado en los problemas del control y en la normalidad social, nos reenvía a su contextualización básica con la sumisión del hombre a la sociedad y la cosificación de los procesos sociales que niegan toda autonomía a lo humano (22).

Luis González Seara al estudiar los rasgos dominantes de la sociología actual y con referencia a las diferencias conceptuales entre Simmel y Durkheim, apunta en relación con el segundo, que intenta una explicación de la sociedad desde la misma sociedad. Para ello indica que, la teoría durkheimiana descansa sobre que "un hecho social sólo puede ser explicado por otro hecho social, y que debe ser tratado como una cosa, pues los grupos sociales tienen entidad propia, independientemente de los individuos particulares y aislados". De esta forma, agrega L. González Seara, Durkheim llega a la consideración de la Sociología como estudio de las instituciones, de su génesis y de su funcionamiento, entendiendo como institución "todas las creencias y todos los modos de conducta instituidos por la colectividad" (23).

Así pues, puede agregarse, la institucionalización de la colectividad, en la creencia de que los homosexuales, prostitutas, toxicómanos, etc. como grupos de riesgo instauradores de la anomia, y que esa institucionalización e instauración son procesos sociales inscritos en el tejido mismo de esa situación social. La epidemia del SIDA tiene que entenderse, pues, por sí y desde sí misma, es un hecho social que comienza y acaba en sí mismo. Desde esa perspectiva, la sociedad estaría formada por los individuos normales, los heterosexuales, aunque fueran seropositivos y/o con SIDA, y el resto de los grupos de riesgo. Dualización de la sociedad que paraliza toda la dinámica de progreso y la condena al inmovilismo y a la regresión.

Como es bien sabido, Robert Merton basa su interpretación de la sociedad norteamericana, en la función que el éxito y el autointerés de las clases, fundamentalmente las clases medias, tienen en la estratificación

social (24). La utilización de correlaciones teóricas le permiten, desde esa opción explicativa, abordar la anomia en términos de conducta desviada.

Lo anómico, según Merton, consiste en las barreras que se interponen entre las aspiraciones legítimas de acceder y crear cultura, y todas y cada una de las oportunidades que ofrece el contexto en el que uno se encuentra. La anomia que encontramos en la sociedad de masas, que son los EE.UU, es la derivada de la dificultad/imposibilidad de un logro mayoritario de las posibilidades individuales de éxito exarcebado, por la consagración del éxito como único rasero para medir tanto las realizaciones individuales como colectivas.

En este esquema de éxitos, autointerés y triunfo sociales, sólo cabe el VIH, como contrafigura productora de procesos y resultados anómicos. Paradójicamente, esta situación corresponde mucho más a posiciones y perspectivas durkheimnianas, que a los usos contemporáneos del propio Merton. Las medidas impuestas por el Gobierno de los EE.UU a los portadores y enfermos de SIDA, parecen destinadas a evitar que se produzcan consecuencias negativas para aquellos ciudadanos que, libres del VIH, buscan el éxito. Todo lo que quede dentro de la epidemia, todo lo que esté infectado tendrá inevitablemente efectos anómicos, es decir, perturbaciones para los buscadores normales del éxito. En esa situación decrece, hasta anularse, el interés y no es posible el éxito, puesto que con el SIDA, no solamente se enferma individual y colectivamente, sino que la muerte es una realidad inmediata y anunciada. Los grupos expuestos "disfrutan" del doble estigma de su conducta desviada (ser homosexuales, prostitutas, toxicómanos, hispanos, negros, etc.) y de transportar la enfermedad y la tragedia de la muerte.

¿Cómo rebelarse, pues, contra la sociedad o contra la epidemia? Ahora se entienden mejor las palabras de Merton cuando proclama: "En primer lugar ya no parece tan evidente que el individuo se levante contra la sociedad en una guerra incesante entre los impulsos biológicos y la coacción

social. La imagen del hombre como un manojo indomable de impulsos empieza a parecer más una caricatura que un retrato" (25).

Nuestro autor, no sólo configura el éxito/fracaso como el paradigma central del ciudadano norteamericano, sino que lo formaliza mediante un conjunto de axiomas, tales como los refuerzos al incentivo, los estímulos a la extinción, los impulsos a la persuasión, la autocrítica, la identificación entre clases sociales, la conformidad con los estados culturales, etc.

Merton utiliza este marco categorial a lo largo de toda su obra ofreciéndonos numerosos ejemplos, entre los que destacan la importancia concedida al poder simbólico, como vector de autopromoción social, que en palabras de Andrew Carnegie se convierte en el acicate esencial incluso para el hombre común: "Sé un rey en tus sueños. Díte a ti mismo: Mi lugar está en la cumbre" (26). En ese sentido, los estadounidenses merecen ser calificados como "desertores" si no se empeñan en seguir adelante, si no se asumen según el modelo del hombre-rey. "El manifiesto cultural es claro; no hay que cejar, no hay que dejar de esforzarse, no hay que reducir las metas, porque el delito no es el fracaso, sino las aspiraciones bajas" (27).

Toda esta presión, acaba conduciendo a la anomia y la conducta divergente. Las posibilidades de realización personal que todos estos medios representan acaban escapándose de las manos de los individuos, se despersonalizan y pasan bajo el control de la administración. El deseo de cultura acaba en individualismos donde el éxito se basa en el resultado obtenido (28).

Más allá de las críticas que John Horton formula al concepto de anomia en Merton, es importante señalar que, para él, a diferencia de Durkheim, "una sociedad dada es anómica si hay una disyunción entre las metas legítimas (cultura) y las estructuras de oportunidades (estructura social). Específicamente, la sociedad norteamericana es anómica en

cuanto existen barreras socialmente estructuradas que se oponen al logro de la meta culturalmente legitimizada de éxito y status". John Horton manifiesta que es precisamente en la comparación con Durkheim donde la definición de anomia de Merton, revela el carácter conservador del término. La diferencia crucial estriba en su "identificación con los mismos grupos y valores que Durkheim consideró como la fuente primera de anomia en las sociedades industriales". Para el sociólogo francés la anomia era endémica de tales sociedades, debido no sólo a la desigualdad en las condiciones de competencia, sino, y lo que es más importante, debido a que la lucha autointeresada (las metas de éxito y status) ha sido erigida como fin social. La institucionalización del autointerés significa la legitimación de la anarquía y la amoralidad. De acuerdo con la modificación de Durkheim de la teoría kantiana, la moralidad requiere metas sociales a las que se obedece por desinterés y altruismo, no por autointerés y egoísmo. "La maximización de las oportunidades para el logro del éxito de ninguna manera terminaría con la anomia. Durkheim cuestionó los mismos valores que Merton mantiene constantes" (29).

Sin embargo, tanto en el concepto de anomia que presenta Durkheim en "La división del trabajo social" donde insiste en la base económica y en la concepción individualista de la clase media, propios de la doctrina política liberal (30), como en todo lo expuesto por el mismo autor en el "Suicidio", y por Merton en "Teoría y Estructura Sociales", al igual que en la síntesis crítica e innovadora que de estas teorías hace J. Horton, encontramos elementos para poder concluir que la anomia es el proceso social más característico de los portadores y enfermos de SIDA. Su destino de fracaso en cuanto miembros de un colectivo de epidémicos traslada el núcleo explicativo central del éxito al fracaso. La anomia y la marginación viven y se expanden a caballo de los grupos de riesgo, de las poblaciones expuestas, presa fácil, que se exponen inermes al contagio que convertirá su exclusión inicial en marginación irreparable, en fracaso definitivo.

4. EXCLUSION Y DESVIACION COMO PROCESOS CIVILIZATORIOS

Nuestro punto de partida, la hipótesis inicial de esta reflexión sostiene la capacidad determinante de la marginación y de la discriminación de individuos y de grupos afectados por la condición de representar a homosexuales, bisexuales, prostitutas, toxicómanos, hispanos, africanos, etc. (situación estigmatizante a la que ahora debe agregarse el SIDA). Al mismo tiempo que la capacidad de la sociedad, para dar solución a un problema, que cuestiona su propia existencia, solución que intervendrá produciendo un nuevo orden e integrando en él todas estas poblaciones, estén expuestas, o no, al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

La aparición de la epidemia, desequilibra profundamente la sociedad al producir una grave y extensa disfuncionalidad de sus principales elementos y al cancelar con ello la posibilidad de consenso en torno de los principios y prácticas, base de su convivencia (31). Esta negación de la sociedad, causa de la absolutización del conflicto, nos reenvía a Hobbes con su guerra "Omnes contra omnia", y la propuesta de la coerción organizada que es el Estado, como única solución posible.

A este respecto, cuando el Profesor Carlos Moya reconceptualiza teóricamente la categoría Estado escribe: "Todo el pensamiento político occidental posterior a Hobbes, aquel que llega hasta nuestro tiempo, determinándose ideológicamente como plural discurso de la democracia o como excluyente delirio totalitario va a estar sobredeterminado por la escritura de Leviatán. Pues allí se ha pensado el Estado como resolución política de la guerra civil, en cuanto tan pánica explosión se muestra como negación física de aquella 'sociedad' que, titulándose 'civil' es el máximo invento colectivo de la revolución burguesa" (32).

El SIDA y sus efectos, de alguna manera, radicalizan esta concepción del Estado hobbesiano que aparece como un antecedente de todo lo que lleva consigo la epidemia. Y tal vez, sea la antagonización a nivel mundial

entre países pobres y ricos, industrializados y "africanizados" (refiriéndome con este término a los países situados, tanto en Africa como en otras regiones del mundo, que no han superado los niveles de la extrema pobreza), lo que presenta de modo más diáfano la fagotización de la sociedad por el Estado, que hace imposible no ya su persistencia, sino sobre todo su emergencia y consolidación. En esa consideración planetaria, podría decirse que los EE.UU, en el caso del SIDA, desempeñan el papel de Estado mundial, imponiendo a la Sociedad (la suya propia y las de todos los países subdesarrollados) las pautas, normas y prácticas que deberán prevalecer en relación con la epidemia. Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, será el agente encargado de definir y regular los aspectos virológicos y epidemiológicos de la enfermedad, no sólo para los USA, sino de hecho también para el resto del mundo, especialmente para los países del Sur. Lo que se traducirá en una causa más de marginación y discriminación para dichos países y sus sociedades que nos traslada desde los conflictos interindividuales e intergrupales que provoca el SIDA a este conflicto entre países, sociedades y áreas geopolíticas.

Porque como nos recuerda Jesús Giner en su aproximación crítica al conflicto social, en el origen del mismo se encuentran no sólo las barreras y obstáculos sociales que se oponen a la consecución de las metas y deseos de los individuos, no sólo las rivalidades entre unos y otros, no sólo la escasez de lo que todos desean, sino también ese rasgo especial de los seres vivos que en los humanos adquiere características especiales que es la agresividad. Ahora bien, la agresividad se apoya también y es función de parámetros socioculturales, y a este propósito escribe: "La estructura social y el peculiar modo de organización de la vida comunitaria pueden neutralizar o estimular la agresividad; por lo que no puede hablarse sólo de agresividad en el individuo, sino de agresividad estructural y cultural de la sociedad que determina los conflictos de integración social" (33).

Pero ¿cómo enfrentarse eficazmente con el conflicto, cómo encontrar vías y modos de superarlo? Para Dahrendorf, la solución del conflicto social está en la adopción de las ideas nuevas por las clases dominantes con las modificaciones que sean necesarias, en un proceso de autotransformación que desactive los factores que puedan conducir a una revolución (34). Los componentes esenciales del conflicto social se hallan integrados en todo el desarrollo de la pandemia, pero los mecanismos para reducirlos y reconvertirlos dentro de nuevas tendencias sociales, también se han puesto en marcha. El nuevo discurso se sitúa, tanto en consideraciones y justificaciones políticas, sanitarias, económicas como en la reacción de un Estado guardián de sus miembros, frente a la epidemia. Por tanto, es necesario recuperar, reconducir con formas y modalidades nuevas, autónomas y coherentes gran parte de lo marginal y anómico, inscrito en la estructura social del SIDA.

Para ello, se analizan las nuevas tendencias sobre la infección y la enfermedad en EE.UU en base a dos modelos, la eficacia de los programas frente al VIH y el cambio de pronósticos. Desde ellos resulta inteligible que a partir del año 1990, Norteamérica establezca un nuevo plan tanto para el análisis de la epidemiología del VIH y del SIDA, como para el desarrollo de los programas de prevención (35).

Las consideraciones prospectivas sobre el SIDA parecen anunciar una estabilidad en la incidencia de VIH+ entre los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP), en países donde los casos producidos por esta causa, eran pocos. Sin embargo, fundamentalmente aquellos que comenzaron hace muchos años con las medidas de prevención (sustitutos de heroína por metadona) y reparto de jeringas y agujas gratuitamente. El ejemplo puede ser considerado en Holanda y Suecia, exceptuando Italia, España y Francia, por este orden, en Europa la correlación entre uso de drogas por vía parenteral y la contaminación ha sido escasa, sin embargo, hoy está creciendo al igual que sucede con la infección entre parejas sexuales de estas características, fundamentalmente heterosexuales. En cuanto a los homosexuales/bisexuales, aunque en valores absolutos

continúan creciendo por el efecto acumulativo anterior de una primera etapa de normalización, han ido estabilizándose hasta lograr un progresivo decrecimiento en su incidencia (36). La reacción hacia medidas preventivas y de higiene sexual han resultado de gran fuerza entre compañeros homosexuales lo que explicaría la disminución indicada.

Rafael Nájera, al señalar las nuevas tendencias y refiriéndose a los colectivos que aumentan el número de casos señala: "Con respecto a los UDVP, no se aprecia disminución de las tasas de incidencia, y se encuentran valores entre 5% y 33% de seropositividad en los EE.UU. El aumento del contagio entre los UDVP lleva consigo un aumento paralelo de la transmisión heterosexual en mujeres, ya que, según se ha calculado, más de un 70% de las mujeres infectadas con VIH llegan a la epidemia bien por ser ellas mismas UDVP, o como compañeras sexuales de hombres UDVP" (37).

A lo largo de la tesis se reitera repetidas veces que España, junto a Italia, ocupa los primeros lugares en Europa en casos declarados por transmisión entre toxicómanos infectados por elementos contaminados utilizados para inyectarse la droga. En ambos países -Italia en primer lugar- se acercan a la cifra mágica del 70% por este tipo de contaminación. Asimismo, y sobre el censo europeo, Nájera agrega: "En el caso de Europa, se observa que todos los países experimentan un aumento en el porcentaje de casos entre los UDVP en el último año, especialmente significativo en Yugoslavia, Irlanda, Luxemburgo, Turquía, Francia, Polonia y Portugal, alcanzando cifras entre el 30% y el 40% (38).

Las tendencias se completan, con el aumento ya señalado de la transmisión heterosexual, fundamentalmente entre usuarios de drogas, sin medidas de prevención, en la vía de administración endovenosa y dentro de las categorías sociodemográficas afectando mucho más a las mujeres. Existe mayor efecto en la infección de hombre a mujer, y las prostitutas UDVP, acrecientan la vehiculización en la dirección señalada. En relación a la mujer, Nájera señala que "el aumento de la seropositividad

en mujeres afectará a la transmisión perinatal y al aumento considerable de SIDA pediátrico" (39). En el capítulo de esta tesis referido a los casos de SIDA, se muestra que España ocupa el primer lugar en Europa de SIDA transmitido perinatalmente, es decir, de madre seropositiva o enferma por VIH al hijo, lo que acaba traducándose luego en epidemia sobre edades pediátricas. Finalmente, y siempre en función ponderada, la localización pandémica, seguirá las mismas pautas que el resto de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). De igual manera, la contaminación por el mal uso de drogas con material infectado, y por transmisión sanguínea, adquirirán a lo largo de esta década características específicas, entre las cuales las más relevantes es una clara tendencia a la estabilización en los países ricos y una tendencia al alza permanente en los países pobres en cuanto al número de casos de SIDA.

El destino último de estas tendencias apunta a una discriminación irreversible entre países y continentes, unos los desarrollados en los que prevalecen la lenta pero segura disminución de la epidemia, y otros los del Tercer Mundo, con un crecimiento incontenible de la enfermedad que puede acabar poniendo en peligro su misma existencia.

4.1. ASPECTOS VOCACIONALES EN LA MARGINACION EPIDEMICA

A lo largo de la última parte del capítulo, se ha insistido en las tendencias actuales y en las de la próxima década relativas a los índices o indicadores epidemiológicos, señalando las vías por las que discurrirán los casos de SIDA. Sin embargo, las nuevas disposiciones de la época, ponderada en 10 años, dibujan una tipologización marginatoria, discriminatoria de conductas desviadas, produciendo una acentuada dicotomía. Por una parte, quienes amparados en la ley se defienden estructuralmente de los epidémicos o posibles infectados o enfermos; por otra, aquellos ya seropositivos o agentes morbosos o sospechosos de serlo, reconducidos hacia nuevos estadios de estigmatización o anomia.

Añadamos, finalmente que, la opinión pública en general, se muestra partidaria de nuevas formas de marginación, haciendo converger sobre los aspectos sanitarios, económicos, políticos, sociales, etc. todo el peso de la normalidad, comprensión del problema, y fundamentalmente, la protección de sus miembros frente a la gran amenaza. A dicho fin, todo el aparato ideológico se pone en movimiento, apoyándose en los estereotipos más favorables al mantenimiento del status quo y de los mecanismos habituales. Entre ellos, figuran en primer lugar, los resortes estratégicos de producción, consolidación y control de las creencias que van desde los medios de comunicación hasta los mensajes de los líderes políticos, religiosos, sociales, relativos a la campaña de normalización de los "aparentes estigmas marginadores".

El producto, sin embargo, no es claro. David Matza siguiendo con la teoría durkheimiana de la desviación social indica que "la desaparición de una desviación específica coincide con un refuerzo general de las pautas que violaba. En consecuencia aparecerán como desviaciones nuevos fenómenos que son desviaciones más sutiles de las mismas normas generales" (40).

Adentrándose aún más específicamente, en temas de marginación y conducta desviada sobre toxicómanos, homosexuales, etc. Emilio Lamo de Espinosa, propone varias estratificaciones que se utilizará en esta fase de la investigación, sirviéndonos de variables con suficiente poder discriminante (41).

La hipótesis de Lamo de Espinosa converge con el hecho que se ha constatado de que los "desviados" o "marginados" constituyen sólo una minoría, tanto desde la tipología legal sancionadora, como desde su propia condición reivindicativa de individuos o grupos conscientemente enfrentados a la ley que los sanciona. Por tanto, "quien abiertamente expone sus opiniones y se atreve a confrontar la estigmatización pública es sólo una minoría de minorías, una parte del total de desviados y, concretamente, aquélla que ha conseguido o podido integrarse en una subcultura que hace la función de ambiente protector de los desviados individuales" (42).

Sin embargo, estos colectivos reivindicadores de su enfermedad y de su especificidad anómica y marginal representan una "vanguardia minoritaria" en la hoy todavía minoría afectada por la epidemia. Con ellos conviven otros enfermos que ocultan su condición porque rechazan la marginalidad que conlleva y aspiran a seguir siendo considerados como normales. Este sector de la minoría procede normalmente de clases y grupos sociales situados en la mitad superior de la escala social. "Así, sabemos que hay muchos médicos o farmacéuticos adictos a drogas, que jamás son descubiertos públicamente, otros ocultos, que pertenecen a círculos sociales que nunca los aceptarían; que la mayoría de los clientes de las prostitutas son varones adultos y casados que jamás podrían hacer públicas sus relaciones; que muchas abortantes son mujeres de clase alta o media alta donde tal conducta es simplemente tabú; y que son numerosísimos los homosexuales vergonzantes" (43).

Lo que da lugar, según la consideración del profesor Lamo de Espinosa que estamos siguiendo a tres grupos distintos entre aquellos

estructuralmente marginados o que se autoconsideran como marginales, los "militantes", los "asociados" y los "vergonzantes", en función de pertenecer al movimiento y categoría, sólo al movimiento, o en exclusividad a la categoría (44).

Se cree útil, antes de entrar en el análisis en profundidad de las nuevas tendencias discriminatorias producidas por la epidemia, - discriminación refrendada en Norteamérica desde el propio Estado-, realizar una breve presentación de ciertos conceptos provenientes de Becker, Kitsuse y Goffman, utilizados por la mayoría de los teóricos contemporáneos cuando abordan la problemática de la estigmatización, la desviación y, en general, la dimensión social de la marginación. David Matza es una buena ilustración de lo que se está diciendo. El concepto de patología, antónimo de salud y de normalidad, cobra existencia social en base al juicio de desviación respecto de los comportamientos dominantes y mayoritarios. En definitiva, sostiene Becker sólo la condición de mayoritario, sólo la fuerza del número legitima la calidad de "desviado" con que la sociedad designa a determinadas personas o grupos. Como escribe Becker: "el que viola la regla puede pensar que los extraños son los jueces" (45).

Howard S. Becker al plantearse elaborar una definición propia de "desviación" somete a análisis los conceptos de otras teorías científicas y advierte que, en casi todas ellas, al aceptar la "desviación" como algo inscrito originaria y naturalmente en la sociedad, se están aceptando sin filtro ni ponderación algunos, los criterios y valores de los grupos socialmente dominantes.

Procede luego, al esclarecimiento de esos criterios y observa que se utilizan: los "estadísticos", con su pretensión de neutralidad y su desinterés por la transgresión de las reglas; los analógicos, contruidos sobre pautas médicas, que se podrían calificar de "patología social", realmente difíciles de sostener como modelos específicos de funcionalidad/disfuncionalidad social; y los "endógenos" basados en la

simple "no observancia de las reglas grupales" donde quedan tantos interrogantes por responder (por ejemplo el hecho de pertenecer a varios grupos sociales, las normas de uno y transgrediendo las de otros), que son prácticamente inutilizables.

Estas consideraciones les llevan a afirmar que "los grupos sociales crean la desviación al hacer las reglas cuya infracción constituye la desviación". Resulta claro desde esta perspectiva que, la desviación "no es una cualidad del acto cometido por la persona sino una consecuencia de la aplicación que los otros hacen de las reglas" (46). Se introduce así, una nueva perspectiva derivada del proceso mismo de la interacción social. La desviación no es, pues, una categoría homogénea, ni una cualidad presente en el comportamiento mismo, "sino que surge de la interacción entre la persona que comete el acto y aquellos que reaccionan ante el mismo" (47). Esa reacción de los otros dependerá de quién lo comete y quién se siente ofendido, de las variaciones que se producen, a lo largo del tiempo, en la consideración social del acto, y de la valoración que se haga de las consecuencias sociales del mismo.

Siguiendo las reflexiones de Becker y enlazándolas con la perspectiva del "control social" donde el impulso o motivación para la transgresión es algo propio de todo ser humano, habría que preguntarse no por qué los desviados quieren realizar cosas que se desaprueban, sino por qué las personas "normales" no actúan según su propios impulsos que les empujan a cometer actos desviados. La respuesta está, según Becker, en el "proceso de compromiso a través del cual la persona 'normal' se va haciendo cada vez más dependiente de las instituciones y las conductas convencionales" (48). Por otra parte, el paso, desde la comisión de un acto desviado a la adopción y mantenimiento de un patrón de conducta desviada, se explica a través del aprendizaje que el sujeto hace al "participar en una subcultura organizada alrededor de una específica actividad desviada."

En síntesis, para Becker, el origen de la desviación está en las leyes que la definen como tal y no en el comportamiento que responde a esa designación. Becker escribe "sin la iniciativa necesaria para que se creen las reglas, la desviación consistente en el quebrantamiento de esa regla no podría existir". Por otra parte, una vez creada la regla, hay que hacerla servir y probar su utilidad, por lo que "los infractores deben ser descubiertos, identificados, capturados y condenados (o percibidos como 'diferentes' y estigmatizados por su inconformismo" (49).

John I. Kitsuse al enfrentarse con el tema de la conducta desviada en términos de "patología social" propone anteponer a las formas de conducta desviada, los "procesos por los cuales las personas llegan a ser definidas por los otros como desviadas" (50). Pues son esos procesos los que introducen la "desviación" como práctica social y la mejor prueba es que cuando todavía no han definido una determinada conducta como desviada, la sociedad no se produce reactivamente contra esa conducta y, en consecuencia, no se separan los desviados de los no desviados. A ese respecto, Kitsuse se pregunta: "¿cuáles son las conductas que los miembros del grupo, comunidad o sociedad definen como desviadas, y cómo es que esas definiciones organizan y activan las reacciones sociales por las cuales las personas llegan a ser diferenciadas y tratadas como desviadas?" (51).

El tratamiento empírico en que se basa el mencionado autor, son las reacciones sociales a la conducta homosexual, originado en un trabajo de campo realizado sobre setecientos estudiantes. Partiendo de ese modelo, J. Kitsuse elabora un marco general para el estudio del fenómeno global de la desviación social. Dos son, a su juicio, los rasgos esenciales del mismo, la multiplicidad y la diversidad de modalidades que puede revestir cualquier práctica o conducta social aunque esté referida al mismo objetivo o fines. En segundo término, la imposibilidad de disponer de referencias unívocas y fijas que nos permitan pronunciarnos de manera definitiva sobre un determinado comportamiento. Al contrario, el

conjunto de grupos, instituciones, valores, subculturas, etc. que conviven dentro de la sociedad contemporánea forman "un campo continuamente cambiante de alternativas que imponen la tolerancia para la expresión de la conducta sexual, al igual que para otras prácticas y comportamientos sociales". De aquí que no sea aconsejable, por carecer de fundamento suficiente, optar por las conclusiones que derivan de las pautas normativas institucionalizadas por muy arropadas que vengan de consideraciones culturales, educativas, políticas, etc. "Porque en la sociedad moderna la diferenciación socialmente significativa entre los desviados y la población no desviada depende cada vez más de circunstancias de situación, lugar, biografía social y personal, y de las actividades burocráticamente organizadas de los organismos (agencias) de control (52).

La problemática de la "patología social" se enriquece notablemente con la aportación conceptual y con los análisis concretos de Erving Goffman, bastantes de cuyos resultados pueden ser útilmente retomados en esta investigación. Nos recuerda el autor, entre otras obras, de "Internados" que el estigma, término y concepto que nos viene de los griegos, consistía en signos notables en el cuerpo del estigmatizado, "cortes y quemaduras" que lo presentaban como un "esclavo", "traidor", "criminal", "corrupto", "ritualmente deshonrado", etc. A ellos agregaron, más tarde, ya en épocas cristianas "signos corporales de la vida divina", y desde un punto de vista médico, la "perturbación física" (53).

Esas calificaciones descalificadoras, resultado de los designios y prácticas de una cierta estructura de poder, que los sabios del cuerpo, los médicos de la época, analizaron y formalizaron se reproduce actualmente, con ocasión de la aparición del SIDA. Sin embargo, la gran diferencia entre aquel poder que determinaba a quién y por qué debía estigmatizarse, y la condición del estigma, como categoría "per se" en Goffman, es que ésta, al igual que sucede con el SIDA, es inapelable, pues se autoconstituye y se reconoce como tal.

Las tres características de estigma que encontramos en Goffman, como deformidades físicas, mentales, o estigmas tribales, adquieren dentro de la pandemia tratada, una ejemplificación máxima y simultánea. Piénsese, por un momento, en el conjunto de transformaciones físicas que acarrearán distintas enfermedades derivadas de la afectación por SIDA, como complejo relacionado con el SIDA (CRS). Por nombrar sólo alguna, el Sarcoma de Kaposi, que se describe sucintamente en otro capítulo, presenta al paciente, en estado terminal, con manchas violáceas en casi todo su cuerpo, especialmente en el rostro y extremidades, lo que hace que sean signos evidentes de enfermedad, de muy difícil asunción para el paciente, su familia e incluso para el personal sanitario entrenado en este tipo de enfermos incurables.

El SIDA confiere al paciente un aspecto cadavérico, la mayoría pueden perder altos porcentajes de su peso corporal, se sufren diarreas intensas y permanentes, muchas veces se acompañan con cegueras, parálisis de miembros y paraplejas, graves disfunciones con trastornos neuropsicológicos. Recuérdese por un instante, la imagen de Rock Hudson, poco antes de su muerte cuando viajaba de América a Europa con la esperanza de poder salvarse, que se convirtió en el estereotipo más espectacular, de la enfermedad precisamente por la degradación que la misma operó en el modelo físico que había representado el actor. Hecho aún más conmovedor por el descubrimiento simultáneo por parte del público de su condición de homosexual y enfermo de SIDA.

En los ejemplos, que nos ofrece Goffman, aparecen por un lado, las deformidades físicas y, por otro, las psíquicas o las tribales, presentándonos desde una operación que deja mutilado al paciente, hasta las perturbaciones mentales en reclusos, drogados, homosexuales, desempleados, etc., o las discriminaciones y exclusiones producidas en función de la raza, religión, nación, etc. a que se pertenece. Ahora bien, con el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, todas estas mutilaciones y rechazos convergen y se dan simultáneamente, produciendo

el mayor y más terrible estigma de toda la historia de la humanidad (54).

De ahí también la disparidad que existe entre la diferenciación que supone el hecho de pertenecer a un determinado grupo con un estigma específico y la de ser miembro de un colectivo de enfermos de SIDA, que resta mucha significación a la observación de Goffman sobre el "tipo de vida colectiva que llevan aquellos que pertenecen a una categoría particular" (55).

Pues, la "base territorial" que ofrece a prostitutas, homosexuales, toxicómanos, etnias raciales o religiosas, ciertos espacios urbanos, desaparecen cuando el individuo o grupo en cuestión resulta seropositivo o enfermo de SIDA.

El homosexual sano se aparta del que con la misma condición sexual está infectado, la prostituta con SIDA será aislada y rechazada por sus compañeras con el fin de evitar el contagio y no auyentar a la clientela, todo lo cual se traduce en una estigmatización total y marginal. Obviamente excluimos de esta consideración a los toxicómanos UDVP. Estos, por sus características individuales y colectivas, con o sin VIH+ los presenta (como se muestra en la tesis), como un grupo con otras características intrínsecas y exógenas que podemos describir y aún medir en base a lo que cabe llamar "indicadores de estigma".

Al igual que sucede con los mecanismos de adaptación entre estigmatizados, descritos por Goffman (recordemos el caso de "Tommy" que cuando llega a la clínica sin una oreja y en el lugar encuentra otros muchachos a los que también les faltaba una oreja y le dice a su padre, "Papá, hay otro chico con una oreja igual a la mía"), los seropositivos y enfermos de SIDA encuentran en los Comités Anti-SIDA y sobre todo, en los grupos de autoapoyo (formados por individuos infectados de VIH), su referencia común, básica en la que se conjuntan la condición de desviado, que le confiere esa patología social y la de pertenecer al grupo

de epidémicos "que se encuentran en el proceso de transformarse en sus compañeros de infortunio" (56).

Conviene añadir que para Becker ese momento es el punto culminante de la "carrera" de desviado, ya que es el que le configura como tal, por el hecho de que termina por pertenecer y entrar en un "grupo desviado organizado e institucionalizado y de asumir en su seno el sistema de racionalización autojustificativa o ideología" (57). Es su momento cenital pues, en él, su identidad personal y social desaparecen para convertirse, de manera exclusiva, en su, desde entonces, única identidad posible, la de enfermo de SIDA, la del que morirá como ineludible consecuencia de esa definitiva identidad, que en muchos casos, surgió antes de que el individuo naciera y que continuará después de su propia muerte (58). Es evidente que, ni en el nacer ni el morir somos iguales, a pesar de la afirmación del conocido refrán castellano. La estigmatización funciona como una categoría sociológica, que mide y discrimina, en cantidad y calidad, superando cuestiones que pueden resultar utópicas y trascendiendo lo puramente simbólico.

Goffman trata finalmente, de la "patología social", sobre todo en "Internados", contraponiéndole a la idea de "normalidad" básica de la sociedad. Son patológicamente antisociales los que no observan las reglas cuya vigencia sociales mayoritariamente aceptada. Esta mayoría puede considerarse como en la sociedad en su totalidad o, por el contrario, como la mayoría de determinados contextos o colectivos. En ese sentido, es interesante analizar la perspectiva del personal sanitario (tan importante para los enfermos de SIDA), que consideran como absolutamente normales, comportamientos y actitudes que la sociedad juzga como patológicos porque se sitúan al margen del sistema, alejados del buen funcionamiento, extraños y anormales (59).

Sin olvidar que, en USA más de 100.000 norteamericanos han muerto, más de un millón están infectados de VIH, que existe una prevalencia de 758 casos por millón de habitantes, lo que según el registro del CDC, sitúa

dicho país en el primer lugar del mundo. Estas tendencias, según Rafael Nájera, están empezando a "afectar la aproximación social hacia la epidemia del SIDA, polarizándose hacia dos tipos de vertientes, conservadora y liberal" (60). Las medidas que se están imponiendo actualmente, incluyendo las que surgieron en la celebración del Congreso Internacional de SIDA del año 1990 celebrado en California, para el que se prohibió la entrada en USA de portadores de VIH, (prohibición que puede repetirse para el Congreso que se celebrará en Boston, en 1992, y que, tal vez, lleve a los organizadores a buscar otro país) prueban que las orientaciones y criterios, hoy dominantes, parecen estar dictados por los sectores más duros del conservadurismo norteamericano y mundial. Al cierre de esta tesis se ha confirmado la noticia de que al no permitirse la entrada en EE.UU a portadores de VIH y enfermos de SIDA para celebrar en Boston la Conferencia mundial, se ha designado a Amsterdam, Holanda, como la ciudad donde sin limitaciones por marginación, racismo, y las nuevas tendencias prohibicionistas implatadas, se desarrollará el mayor acontecimiento del mundo científico, sobre la pandemia del SIDA.

Esta situación que se confirma de año en año, nos remite a las reflexiones de Becker sobre las normas y su imposición. Tras la descripción que hace de la historia de la introducción de las reglas, es decir, las diversas etapas que deben seguir hasta lograr imponerse, Becker subraya que una de las principales consecuencias del éxito de las "cruzadas morales" es el establecimiento de nuevas reglas, éxito que viene habitualmente acompañado por la creación de la adecuada maquinaria de sanción y coerción (policías, fiscales, aduaneros, jueces, etc.). Puede afirmarse, con carácter general, que las organizaciones de impositores de reglas comienzan siempre la cruzada de institucionalización mediante una campaña para convencer a la opinión pública de la necesidad moral de una nueva regla (61). Desde este supuesto, queda claro que los creadores de reglas y los que las imponen forman parte de la operación imaginada para dicho fin, ya que la opinión pública -sobre todo la internacional- es todavía refractaria a ese tipo de reglas discriminatorias. Pero los argumentos que empiezan a

esgrimirse para modificar la opinión general (imposibilidad de cobertura sanitaria, costes desorbitantes, presupuestos especiales, etc.) y cuya finalidad es la de ir sensibilizando a la población para que acepte las nuevas reglas, pueden acabar cambiando la opinión de la mayoría.

5. FORMALIZACION POLITICA DE LAS NUEVAS TENDENCIAS DISCRIMINATORIAS

Jonathan Mann al pronunciar la lección inaugural de la V Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Montreal, Canadá, en junio de 1989, siendo Director del Programa Global del SIDA de la Organización Mundial de la Salud, pasó revista a la década que finalizaba de los años 80 y ponderando variables previsibles para los 90, anunciaba tres tipos de epidemias respecto al SIDA: "Epidemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)", "Epidemia de las enfermedades unidas al VIH" y "Epidemia de respuestas políticas y sociales al VIH" (62).

En relación a esta tercera definición de epidemia, anunciaba: "la respuesta y reacción política, económica, cultural y social, amenaza de manera creciente con ensombrecer las epidemias del VIH y SIDA". Los asaltos a los derechos, así como la desigualdad de las personas infectadas con VIH continúan aumentando y afectan a su trabajo, a su educación, a su estancia en el hogar y a sus viajes, incluso en países que hasta ahora habían resistido firmemente ante tal discriminación (63).

De esta manera, Jonathan Mann anunciaba con cierta anticipación, sucesos altamente discriminatorios en las nuevas tendencias norteamericanas que habían de extenderse en el futuro a otros países, donde puede observarse la exigencia de certificación médica como no contagiado, para entrar en el país, sobre todo en individuos sospechosos de pertenecer a algún "grupo de riesgo". En esto entra todo lo expuesto para colectivos de homosexuales, prostitutas, toxicómanos UDVP, y fundamentalmente, el sector étnico rechazable, de manera prioritaria.

Se cuestiona, igualmente, la confidencialidad y el anonimato de los detectados portadores de VIH, y se llega a la obligatoriedad de las pruebas entre mujeres gestantes y recién nacidos, al análisis o screening entre personal sanitario y los enfermos hospitalizados, al igual que en el ejército y otras estratificaciones masivas. De esta

manera, los seguros de vida, invalidez y enfermedad, han tomado un nuevo rumbo tanto en USA como en el resto del mundo, por el temor al SIDA, ya que toda persona que no demuestre lo contrario, puede ser sospechosa de ser contagiosa y de propagar la epidemia.

En relación con el método de la sospecha, David Matza, apoyándose en referencias al mal y a la bondad (en esta tesis, culpables e inocentes), indica que "el método de la sospecha que nunca triunfa completamente, pero que raramente carece de una base inicial, aunque débil, en los hechos circunstanciales, produce la sustancia de una visión maniquea de la sociedad. Las fuerzas del mal se encuentran concentradas, sus lugares habituales se conocen en principio; la tarea de la aplicación de la ley puede comenzar y procede aproximadamente del mismo modo que cuando la policía fue instaurada por primera vez: hacia las clases peligrosas. Dentro de esta visión de la concentración del mal, es posible concebir la bondad como algo muy extendido" (64).

Como se ha visto, existen varias posturas en USA y otros países para atajar la epidemia. Por una parte, las que prescindiendo de toda actitud humanitaria promueven el screening para todos los ciudadanos, la total evitación de cualquier tipo de relación social -fundamentalmente las escolares y lúdicas- con los niños infectados y apartar del mundo laboral a los trabajadores con VIH+ mediante un registro público de casos con nombre y apellidos. Frente a esta actitud, existen las posturas, que condenan todas las medidas de control social sobre individuos, grupos o colectivos.

Sin embargo, existe una tercera vía amparada en fundamentaciones netamente epidemiológicas. Esta tendencia apunta por un parte, a la comprensión del problema social: protección del afectado frente a la discriminación y la histeria, mediante medidas sociales y políticas; ayudas económicas frente a la pérdida del trabajo, minusvalías, etc., y/o un sistema pensionado para afrontar un tratamiento largo y costoso. Empero, esta línea aboga por medidas sociomédicas que se aproximan

alarmantemente a las defendidas por sectores del más claro conservadurismo social y político.

Por poner sólo un ejemplo, y referido a la indagación acerca de contactos sexuales es capital recabar su confidencialidad, y a este propósito se quiere traer a colación una observación del Dr. Nájera de que "realmente tiene sentido, desde un punto de vista epidemiológico, exigir la confidencialidad y al menos en EE.UU se exige para otras enfermedades de transmisión sexual. Existe la resistencia a realizar análisis a todas las embarazadas y recién nacidos, aún cuando un programa de este tipo se realiza para la sífilis congénita o la fenilcetonuria, que son bastante menos prevalentes que el VIH. Disponer de él, respetando su carácter confidencial, permitiría aconsejar más correctamente en cuestiones de planificación familiar y tratar más precozmente a los niños infectados" (65).

Lo bien pensado de esta posición no parece discutible ya que concilia el respeto individual a la privacidad de la persona con la imperatividad de la terapia y de la prevención social. El considerar en el medio hospitalario, si la enfermedad del SIDA es profesional o no, con los costes económicos que ello conlleva para los empleadores y el Estado, se traduce en la voluntad de asegurarse inmediatamente de si el enfermo hospitalizado ingresó como portador de VIH, o si por el contrario, lo contrajo dentro de ese medio. En cuanto al personal sanitario, puede decirse algo análogo sobre las consecuencias que en unos y en otros provoca la expansión epidémica. Lo que explica pero no justifica el aislamiento y pérdida de confidencialidad entre enfermos seropositivos, alojados en verdaderos "sidatorios" y el alejamiento, ostracismo y desempleo entre profesionales sanitarios. Se une a todo esto, la alarma y preocupación de los médicos, enfermeras y auxiliares, no solamente por estas medidas, sino por el propio destino de los profesionales y de la misma profesión en contacto con la epidemia, por el riesgo de posible contagio, además de por el estrés y el alto coste emocional que puede

generar y acabar provocando un empeoramiento de la calidad de los cuidados prodigados a este tipo de enfermos.

El reciente informe sobre la problemática del SIDA en España, elaborado por el Comité Anti-SIDA de Madrid, dice al respecto: "La no normalización del SIDA como una enfermedad más, los miedos infundados, los prejuicios y la falta de profesionalidad son las causas del rechazo, la discriminación y la falta de atención debida a estos enfermos por parte de cierto tipo de personal sanitario" (66).

La afirmación anterior se halla sustentada en la investigación que sobre el personal sanitario de toda España, realizó el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se constataba que casi el 80% de los consultados cree que "el simple contacto con un paciente enfermo de SIDA supone una situación de riesgo para contraer la enfermedad. Un 33,5% se muestra partidario de aislar a los enfermos de los demás para evitar el contagio y el 11,6% se manifestó de acuerdo en negar la asistencia a los enfermos de SIDA" (67). Evidentemente, los datos que arroja este documento, avalan muchas de las afirmaciones que se han venido haciendo en las páginas anteriores.

Desde las Organizaciones No Gubernamentales españolas más progresistas y comprometidas se ha ido sugiriendo medidas tendentes a resolver el tema de la asistencia sanitaria a enfermos de SIDA, partiendo de la reivindicación fundamental, de que la mejora de dicha existencia, no puede hacerse a costa de producir una discriminación y una marginación que en muchas ocasiones es contraria a la Constitución y a nuestro ordenamiento legal. De entre ellas destacan, por romper con el conservadurismo represor de ciertas nuevas tendencias, el proponer que el SIDA como problema de salud pública, se considere y sea tratado como una enfermedad más. Por tanto, encuadrado dentro de los servicios asistenciales ya existentes, sin necesidad de crear unidades exclusivas y especiales para los enfermos que lo padezcan.

Sin embargo, debe existir una clara diferenciación cuando el enfermo de VIH, pertenece a la población toxicómana. En esta eventualidad, deben considerarse al mismo tiempo los dos aspectos, el sanitario y el problema de adicción a las drogas, por ser inseparables en este tipo de pacientes, que constituyen por la condición endógena de su toxicomanía, un grupo especial.

Las pruebas de detección de anticuerpos de VIH, deben ser siempre voluntarias, y respetar la confidencialidad y el anonimato. El Comité Ciudadano Anti-SIDA denuncia numerosos casos de personas que se han visto sometidas contra su voluntad a estas pruebas, como "estudiantes africanos en Universidades madrileñas, ciudadanos uruguayos que solicitan visados para venir a España, pacientes de ciertos hospitales y centros sanitarios, empleados de Televisión Española y de RENFE, clientes de algunos hoteles y restaurantes nos han hecho llegar sus testimonios a este respecto, en los que señalan la violación de los derechos de los afectados y de personas con factores de riesgo o con posibles prácticas de riesgo" (68).

En el marco de esta tesis, y como se verá en el capítulo en el que se presentan los datos cuantitativos, ante la pregunta sobre la opinión que les merece la prueba de detección de infección por VIH, los grupos consultados (Población General, Toxicómanos UDVP, Homosexuales/Bisexuales y Prostitutas), son altamente partidarios de la realización de las pruebas. Jesús de Miguel difiere de este análisis pues, según él, los homosexuales se oponen a la detección por considerar que puede entrañar un peligro de marginación y los toxicómanos por su propia organización sin líderes. Es decir, que no existiría una opinión clave a la hora de ponerse de acuerdo sobre la conveniencia o no de la detección de VIH (69). La divergencia de nuestra lectura de los datos con la del Profesor Jesús de Miguel, nos lleva a concluir que existe una cierta ambivalencia en este punto.

A nuestro juicio, el tema o problema que origina esa ambivalencia es esencialmente la garantía que exige todo el mundo de la confidencialidad y el anonimato. Pues si bien la mayoría de los ciudadanos parecen querer saber si están o no afectados por el SIDA, lo que hay que decidir es qué se hace una vez conocido el resultado si éste resulta positivo, y sobre todo, hasta qué punto el Estado está dispuesto a apoyar efectivamente a las personas que descubran su infección o su condición de enfermos de SIDA.

Asimismo, la certificación del conflicto en las cárceles españolas ha generado la propuesta de la eliminación del sistema sanitario penitenciario, para que los presos reciban la misma atención que se acredita en la Red Sanitaria Pública, dado el absoluto fracaso sanitario del sistema penitenciario actual. Y por otra parte, con respecto al Artículo 60 del Reglamento Penitenciario (que prevé la libertad para los presos que estén en fase terminal de cualquier enfermedad) el Comité Ciudadano Anti-SIDA denuncia su incumplimiento por la connivencia de jueces y sanitarios, en algunos casos "debido a los problemas que plantea su aplicación y a las distintas interpretaciones que de él hacen los jueces de vigilancia" (70).

Sobre las cárceles y los enfermos y portadores de VIH, tanto los sectores críticos, como profesionales e intelectuales coinciden en los aspectos esenciales. Jesús de Miguel escribe certeramente que "las políticas sobre el SIDA en las cárceles han sido limitadas y poco homogéneas. Ha fallado el desarrollo de una política real y no-discriminante para las personas seropositivas, o ya enfermas de SIDA, dentro de las cárceles. Es una de las áreas más polémicas y difíciles pues la cárcel masculina incluye: 1º) altos niveles de drogadicción, 2º) prácticas homosexuales usuales, y 3º) frecuente realización de tatuajes en un ambiente de higiene deficiente" (71). Las cárceles femeninas, excluyendo la transmisión homosexual, adjuntan el resto de la epidemia.

La expansión de la enfermedad en un sistema carcelario en pleno conflicto, en el que los motines, también por el SIDA, se multiplican por toda la geografía española, le lleva al Profesor Jesús de Miguel a concluir que "la situación de discriminación y contagio en las cárceles es considerable. La política de jeringuillas gratis, accesibles y la distribución de lejía entre los presos no ha resultado exitosa" (72).

Es notorio, que en todas las cárceles de España existe un gran número de presos preventivos y de condenados cuya prisión se debe a haber cometido delitos (en su mayoría reincidentes), como consecuencia de su toxicomanía (generalmente administrada por vía intravenosa). Es decir, que se trasponen los porcentajes de seropositivos y de enfermos de VIH, que fuera de las cárceles y por lo que se refiere a esta población expuesta, alcanza el 65% de todos los casos declarados de SIDA en España, resulta evidente los altísimos riesgos en que pueden encontrarse los presos con estas características. Sin embargo, a pesar de la trascendencia social y política que tiene la epidemia en las prisiones, la situación de los seropositivos y enfermos no variará mientras todo el sistema penitenciario permanezca sin cambios notables e imaginativos en su estructura y funcionamiento. Es de esperar que la importancia de la pandemia y la gravedad de sus consecuencias, pueda poner en marcha un eficaz movimiento de reforma de la situación actual.

A todas las demandas formuladas por los afectados y ya apuntadas, se agrega la necesidad de una asistencia farmacéutica adecuada, incluyendo la gratuidad dentro y fuera del ámbito hospitalario y tanto en la terapéutica contra el virus de inmunodeficiencia adquirida, antivirales, como en el resto de las enfermedades o del "Complejo Relacionado" con el SIDA. En la actualidad, sólo los hemofílicos disfrutan de esta protección y cuidados. Asimismo, se plantea la revisión en la asistencia médica domiciliaria, la ayuda doméstica y la asistencia social o las casas de acogida para enfermos en situación de indigencia.

B I B L I O G R A F I A

1. Emilio Durkheim (1928) EL SUICIDIO, Libro II Editorial Reus, Madrid, pp. 131-197
2. Emilio Durkheim (1897) LE SUICIDE, traducción castellano 1928, Ed. Reus, Madrid. Nueva edición en Akal, Madrid 1982.
3. José Ferrater Mora (1984) DICCIONARIO DE FILOSOFIA. Alianza Editorial Diccionarios, quinta edición, Madrid, pp. 163-164.
4. Jean Duvignaud (1974) L'ANOMIE. HERESIE ET SUBVERSION. Tomado de José Ferrater Mora, ibidem. p. 164.
5. Ernesto Coy y M^a Carmen Martínez (1988) DESVIACION SOCIAL: UNA APROXIMACION A LA TEORIA Y LA INTERVENCION, Universidad de Murcia, Murcia, p. 34
6. Ernesto Coy et al. op. cit., p. 36
7. Ernesto Coy et al, op. cit., p. 37
8. Lewis Coser (1966) LAS FUNCIONES DEL CONFLICTO SOCIAL, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
9. John Rex (1961) THE KEY PROBLEMS OF SOCIOLOGICAL THEORY. Routledge and Kegan, Paul. London, Cap. VI.

10. John Rex, op. cit., Cap. VII
11. Ernesto Coy et al., op. cit., p. 14
12. Ralf Dahrendorf (1959) CLASS AND CLASS CONFLICT IN INDUSTRIAL SOCIETY, Stanford University Press, Stanford, California.
13. Ralf Dahrendorf, op. cit. Cap. VI
14. Ralf Dahrendorf, op. cit. Cap. VI
15. Ralf Dahrendorf, ibidem
16. Ralf Dahrendorf, ibidem
17. Emilio Lamo de Espinosa (1989) DELITOS SIN VICTIMAS. ORDEN SOCIAL Y AMBIVALENCIA MORAL. Alianza Universidad, Madrid, p. 16.
18. Emilio Lamo de Espinosa, ibidem p. 16.
19. Jean Cazeneuve y David Victoroff (1984) DICCIONARIO DEL SABER MODERNO. LA SOCIOLOGIA. Ediciones El Mensajero, segunda edición, Bilbao, pp. 23-25
20. Ricardo Usieto (1987) "El paradigma social del SIDA" en SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA", Ed. Díaz de Santos, Madrid, pp. 319-320.
21. John Horton (1964) THE BRITISH JOURNAL OF SOCIOLOGY, vol XV, nº 4, London, pp. 283-300.

22. John Horton, op. cit., pp. 283-300
23. Luis González Seara (1983) LA SOCIOLOGIA, AVENTURA DIALECTICA. Ed. Tecnos, Madrid, pp. 14-15.
24. Robert K. Merton (1987) TEORIA Y ESTRUCTURA SOCIALES. Ed. Fondo de Cultura Económica, segunda reimpresión, México. Cap. VI "Estructura social y anomia", pp. 209-239 y Cap. VII "Continuidad en la Teoría de la Estructura Social y la Anomia", pp. 240-274.
25. Robert K. Merton, op. cit., p. 209. Nuestro subrayado.
26. Robert K. Merton, op. cit., p. 217
27. Robert K. Merton, ibídem. p. 217
28. Robert K. Merton, op. cit., pp. 236-237
29. John Horton (1964) THE BRITISH JOURNAL OF SOCIOLOGY, Vol XV, nº 4 London, pp. 293-294
30. Emilio Durkheim (1967) DE LA DIVISION DU TRAVAIL SOCIAL (P.U.F., París) (1ª ed., 1893).
31. Thomas Hobbes (1979) LEVIATAN O LA MATERIA, FORMA Y PODER DE UNA REPUBLICA ECLESIASTICA Y CIVIL. Editora Nacional, Madrid.
32. Carlos Moya (1984) SERAS DE LEVIATAN. ESTADO NACIONAL Y SOCIEDAD INDUSTRIAL: ESPAÑA 1936-1980. Alianza Editorial, Madrid, p. 11.

33. Ralf Dahrendorf (1962) LAS CLASES SOCIALES Y SU CONFLICTO EN LA SOCIEDAD INDUSTRIAL. Ed. Rialp, S.A., Madrid.
34. Padian N.S. (1990) HIV TRANSMISSION IN THE UNITED STATES: TRENDS FOR THE 1990. CURRENT OPINION IN INF DIS 1991; 4:185-190. Tomado de R. Nájera, SEISIDA, vol. 2 nº 6 junio 1991. Madrid, pp. 241-244.
35. Ricardo Usieto (1987) "El paradigma social del SIDA" en Nájera, R. y Usieto, R. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA. Ed. UIMP-CAS, Madrid, pp. 188-189.
36. Rafael Nájera (1991) "SIDA. TENDENCIAS Y DISCRIMINACION" Revista SEISIDA, vol. 2 nº 6, Junio 1991, p. 241
37. Rafael Nájera, ibídem
38. Rafael Nájera, ibídem
39. Rafael Nájera, ibídem
40. David Matza (1981) "EL PROCESO DE DESVIACION". Taurus Ediciones, Madrid, p. 25
41. Emilio Lamo de Espinosa (1989) op. cit., pp. 59-62
42. Emilio Lamo de Espinosa (1989) op. cit., pp. 59-60
43. Emilio Lamo de Espinosa (1989) op. cit., p. 60

44. Emilio Lamo de Espinosa (1989) op. cit., p. 61
45. Howard Becker (1963) "OUTSIDERS" The Free Press of Glencoe, Nueva York. Tomado en David Matza (1981) op. cit., p. 84.
46. Howard S. Becker (1963) OTSIDERS. STUDIES IN THE SOCIOLOGY OF DEVIANCE by The Free Press of Glencoe. Traducción al castellano en (1971) LOS EXTRAÑOS. SOCIOLOGIA DE LA DESVIACION. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, p. 19
47. Howard S. Becker, op. cit., p. 24
48. Howard S. Becker, op. cit., p. 35
49. Howard S. Becker, op. cit., pp. 150-151
50. John I. Kitsuse (1962) THE SOCIAL PROBLEMS, Official Journal of The Society for The Study of Social Problems. Vol. 9 nº 3, pp. 247-256.
51. John K. Kitsuse, ibídem.
52. John I. Kitsuse, ibídem
53. Erving Goffman (1986) ESTIGMA. LA IDENTIDAD DETERIORADA. Amorrortu Editores. Tercera reimpresión, Buenos Aires, p. 11
54. Erving Goffman, op. cit., p. 14

55. Erving Goffman, *op. cit.*, p. 34
56. Erving Goffman, *op. cit.*, pp. 50-51
57. Howard S. Becker, *op. cit.*, pp. 33-44
58. Erving Goffman, *op. cit.*, p. 126
59. Erving Goffman (1987) INTERNADOS. ENSAYOS SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE LOS ENFERMOS MENTALES, Amorrortu Editores, Madrid
60. Rafael Nájera (1991) *op. cit.*, p. 241
61. Howard S. Becker, *op. cit.*, pp. 141-145
62. Jonathan Mann (1989) PROGRAMA GLOBAL DEL SIDA EN LA DECADA DE LOS 90. V Conferencia Internacional sobre el SIDA. 4 al 9 de Junio 1989. Montreal, Canadá. Tomado de Cuadernos de Salud nº 2. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza. Bilbao, pp. 9-20
63. Jonathan Mann, *op. cit.*, p. 13
64. David Matza (1981) *op. cit.*, pp. 241-242
65. Rafael Nájera (1991), *op. cit.*, p. 242
66. Comité Ciudadano Anti-SIDA de Madrid (1991) INFORME SOBRE LA PROBLEMÁTICA SANITARIA DEL SIDA, Madrid, p. 13

67. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el SIDA (1990).
ACTITUDES SOCIALES ANTE EL SIDA ENTRE EL COLECTIVO DE TRABAJADORES
DE LA SALUD. Ejemplar multicopiado y recibido por parte del Gabinete
Asesor del Ministro de Sanidad y Consumo.

68. Comité Ciudadano Anti-SIDA de Madrid (1991), op. cit., p. 66

69. Jesús de Miguel (1991) LAS POLÍTICAS DE LA MUERTE. ESTRATEGIAS
SOCIALES CONTRA EL SIDA EN ESPAÑA. Ejemplar multicopiado.
Universidad de Barcelona, p. 74

70. Comité Ciudadano Anti-SIDA, op. cit., p. 84

71. Jesús de Miguel, op. cit., p. 71

72. Jesús de Miguel, op. cit., p. 73

C A P I T U L O I I

LA ANTICIPACION SOCIAL

6. LA ANTICIPACION SOCIAL. CONVERGENCIA DE UN MODELO INTEGRADOR

6.1. INTRODUCCION

En todo cuanto se lleva analizado, desde la teoría a cuestiones pragmáticas, no se ha podido dar un margen de solución social a la problemática del SIDA. Es por ello, que en lo que corresponde a este capítulo, se proponga como contribución al estudio, una categoría sociológica, enunciada a manera de hipótesis y, por tanto, confrontada desde distintos ángulos científicos como verdadera o excluyente.

La propuesta hipotética, es la de demostrar, que es posible a través de la anticipación social, prevenir los riesgos epidémicos del síndrome de inmunodeficiencia humana, considerando a los mismos, en sus factores biológicos, psicológicos y sociales. Para ello, se ha partido de la elaboración de un marco teórico sobre el paradigma de anticipación, en los aspectos esenciales de distintas ciencias, tratando fundamentalmente *de confrontar algunos aspectos teóricos médicos, esencialmente epidemiológicos, sobre el concepto de riesgo, en la enfermedad y muerte.*

Asimismo, demostrar que anticipar socialmente, es adelantarse a la prevención, así se trate de aspectos económicos, educativos o específicamente de la epidemia. Cuestiones, pues, sexuales, de usuarios de drogas por vía parenteral, o propias de la homosexualidad o la prostitución. La hipótesis resulta finalmente, en demostrar que al anticipar socialmente, se estaría en la posibilidad de adelantarse al conjunto de los riesgos de enfermar y morir por el SIDA.

A modo de justificación, o más precisamente vindicación, se coincide en la parte que a esta investigación corresponde, con Robert Merton, cuando refiriéndose a las "anticipaciones y revelaciones parciales", en el capítulo que desarrolla sobre historia y sistemática de la teoría sociológica, señala que la mayoría de las ideas y hallazgos, han sido anticipados, o cuanto menos semi-revelados (1).

Acentuamos en una parte del trabajo sistemático, en un alarde de valor anti-desmesura, frente al científico social de tantas generaciones inherentes al devenir de las Ciencias Sociales. Cuestión distinta sin embargo, cuando la oportunidad es poder adscribirse a otros fundamentos y conceptos teóricos, donde el tratamiento ideológico y político (situación controvertida), no resultan coincidentes con la evolución intelectual de R. Merton y la corriente funcionalista o estructuralista, arraigadas sobre todo, en escuelas de pensamiento norteamericanas.

Nos hallamos pues, articulando dimensiones mertonianas entre paradigmas que van desde la "identidad sustancial", modelo que converge en el espacio temporal que media entre los predescubrimientos y los descubrimientos, y las "anticipaciones" que acceden a la conformación de la idea, en una situación intermedia con los descubrimientos. La última estratificación decreciente sería para Merton las "revelaciones parciales", categoría que a nuestro juicio, no traduce significaciones específicas en el recorrido de anticipación social sobre pautas teóricas o empíricas, aplicable en este informe a la anticipación en salud, sistemas sanitarios, calidad de vida comunitaria, ecología y medio ambiente, etc., destinado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Ciertamente, también alejados en la indagación de apoyos teóricos, de la idea de las "adumbraciones", referidas según el sociólogo norteamericano, a una "búsqueda dedicada, deliberada, para toda suerte de las primeras versiones de ideas científicas o académicas. En caso extremo, las adumbraciones describen la más mínima sombra de similitud entre las primeras y las últimas ideas como identidad virtual" (2). Por tanto, advertidos de las críticas adumbristas, "el descubrimiento no es cierto"; "si es cierto no es nuevo" y "si es nuevo y cierto, no es importante" (3). Citado por el mismo científico, haciendo mención a Williams James en "Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking", anuncia refiriéndose al proceso étápico en la sincronía de una teoría: "primero es atacada como absurda, luego reconocida como cierta, pero obvia e insignificante; finalmente se ve que es tan

importante que sus adversarios pretenden haberla descubierto ellos mismos" (4). Obliga de todos modos, en esta tesis doctoral, a reducir la impotencia, transfiriendo el acto simbólico de actores del discurso a la "voz" metonímica que, en este caso legitima el texto. En The Organisation of Thought, Robert Merton extrae de Alfred North Whitehead la sentencia: "Es característico de una ciencia en sus primera etapas... ser ambiciosamente profunda en sus propósitos y trivial en el tratamiento de los detalles. Pero llegar muy cerca de una verdadera teoría y percatarse de su aplicación precisa, son dos cosas muy diferentes, como nos enseña la historia de la ciencia. Todo lo importante ha sido dicho antes por alguien que no lo descubrió" (5).

Se ha intentado también, adentrarse en las categorías de indulgencia académica existentes en profesores y lectores, por todo lo que tiene este procedimiento de anticipación social en los "prejuicios". Y en todo aquello originariamente diacrónico en la verbalización de la expresión conceptual, muy próximo al pluralismo en modelos de libertad y acceso a los distintos paradigmas enmarcados en realidades contrapuestas, política e ideológicamente. Theodor W. Adorno, y Max Horkheimer, dedican una breve pero enriquecedora semblanza intelectual a los prejuicios, enfocado desde un marcado acento contra el fascismo, pero a la vez, con categorías del materialismo científico, y por tanto, dentro del compromiso estructural observado a lo largo de toda la obra de estos dos prestigiosos sociólogos (6).

Así, desde su origen, prejuicio, sinónimo de prevención, preferencia, preocupación, costumbre, etc. representa dentro de la terminología concordante, aspectos semánticos entre pacífico y tranquilo. A partir de la metafísica Descartes y Leibniz principalmente, reconocían la categoría prejuicio como la mayor verdad filosófica, pasando a ser desde Kant, los enunciados que conceptualizaban, anterioridad, "a priori", dando lugar a todo el tratamiento científico, que obviamente no trataremos aquí, a la ciencia pura (7).

En el análisis de Adorno y Horkheimer, la contradicción más próxima como negación al concepto de anticipación (correlativamente, prejuicio), la idea que aparece como antagónica es percepción, instancia suprema de conocimiento universal. Podría interpretarse pues, paradigmáticamente percepción como opuesta a anticipación. Para ello, ambos intelectuales afirman que "la opinión que antecede a la comprobación por los hechos o que escapa enteramente a ella (exceptuando la Biblia), equivalió desde luego, tiempo atrás, a prejuicio en sentido negativo" (8).

Sin embargo, esta negación del prejuicio, anticipación dentro de las categorías utilizadas en nuestra búsqueda testimonial, se atempera en todo aquello que tiene de nuevo, desconocido, un modelo original. Aun pensando, como lo hace Adorno metafóricamente, cuando en su texto "Teoría Estética", compara lo nuevo con un piano, su teclado y el niño que quiere sacar del instrumento velado, sonidos vírgenes. Para ello se defiende la atemperación descalificante, en la medida en que justificamos que "lo mejor de lo nuevo, es la respuesta a una necesidad antigua" (9).

Tal vez, estemos en presencia de la clave para esta parte del trabajo. Para ello puede afirmarse fehacientemente, que a lo largo de toda la investigación, se demuestra la no existencia de conceptos sociológicos separados formalmente del objeto y métodos de estudio de las ciencias médicas. Por tanto, la historia de la medicina, la medicina social, la medicina preventiva, y todas las múltiples subdisciplinas, como pueden ser: Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar, Educación Sanitaria; Medicina Comunitaria, etc. aprehendiendo indicadores provenientes de las ciencias sociales, no sintetizan modelos teóricos y empíricos, epistemológicamente inherentes a estas ciencias de lo social. Conquistar la interdisciplinariedad, y el trabajo cuando menos en equipo, ha sido un gran éxito, nos hallamos aún, disfrutando de esa etapa de integración desequilibrada.

Para que todo lo expuesto resulte ponderable en su estructura, la idea de lo social en salud, debe resultar un concepto con todos y cada uno de los componentes de la ciencia en general y en el caso de esta disciplina, particularmente universal. La teoría y la práctica desarrolladas en otras áreas similares, como pueden ser educación, trabajo, etc., avalan esta posición frente a la singularidad, universalidad, particularidad y modelo, de la sociología que se ocupa de la salud individual, colectiva y comunitaria, y los correspondientes sistemas sanitarios en toda su extensión. También en ésto, la anticipación social ocupa un lugar preponderante como elemento categorial sobre este proyecto analítico, debiendo resultar suficientemente probado y contrastado desde posicionamientos teóricos y metodológicos, es decir, científicos.

Es en esta confrontación testimonial sobre el diseño señalado, donde resulta importante introducir algunos elementos teóricos de Jean Baudrillard, en el impacto que infiere la afirmación de este autor, al defender el descubrimiento del fin de lo social, recurriendo a arquetipos que tratan de demostrar que todo lo social, incluidas las relaciones sociales, no han existido nunca. Sólo ha habido una simulación de lo social o de la relación social, históricamente planteado, en función del crecimiento de lo social a través de los residuos o la desintegración (10). Todo ello tiene que ver con nuestras hipótesis, en la medida en que se coligan o separen sobre algunos de los propios ejemplos desarrollados por Baudrillard.

Así, llama "gran negociado de los pobres" al hito principal en toda la historia de la medicina social, cuando en 1544 en Francia, y en su capital París, aparece el primer signo axiológico medido sobre categorías de convergencia, de acuerdo a las manifestaciones de "solidaridad social y popular", con relación a los "vagabundos", "dementes" y "enfermos", concepto pragmático que se extiende a formulaciones de tanta envergadura como: la "Asistencia Pública" y a la "Seguridad Social", años después. Sin embargo, de acuerdo con el científico francés "a

medida que se fortalece la razón social, es la colectividad entera la que se convierte pronto en residual, y por tanto, con una espiral más, es lo social lo que se extiende. Cuando el resto alcanza las dimensiones de la sociedad entera, se tiene una socialización perfecta. Todo el mundo está cabalmente excluido y tomado a cargo, perfectamente desintegrado y socializado (11).

Así pues, entre los filósofos postmarxistas de estas tendencias, subyace la idea de que es en los residuos y en la desintegración, en el momento histórico en que se enriquecen las relaciones sociales y por consecuencia de esto último, las ciencias sociales encuentran la justificación. Acabarían pues, como valor de uso detentando un "derecho", una "necesidad" y un "servicio" involucrado en la gestión de los residuos sociales. En esta disquisición teórica contrapuesta, finalmente aparece como valor de cambio, la esencia ecologista de lo social y el asegurado en la calidad de vida. Ambos conceptos, el ecológico y calidad de vida, íntimamente relacionados y sobre todo, tratados en la investigación que se desarrolla, dejan de ser categorías simbólicas cuando la realidad del objeto de estudio, se halla en concomitancia con la estructura social originaria.

Adentrándonos un poco más en los indicadores provenientes de la anticipación social, ésta pretende ocupar un lugar en el entramado de las relaciones sociales y la salud, precediendo dentro de la idea de estructura social en salud-enfermedad, a la prevención. Patrón derivado de modelos teóricos y pragmáticos de las ciencias de la salud, extendido como concepto y referencia obligada en las propias ciencias sociales, sobre todo, cuando el objeto de estudio, resulte de investigar la salud o enfermedad, los sistemas sanitarios o el desarrollo humano. Esta transferencia, en variables que pueden medirse en su valor discriminante se desarrollan también en lo tecnológico, económico, gerencial, alimentario, comunitario, regional, político, ideológico, ecológico, calidad de vida, etc. de toda la estructura del modelo de las ciencias médicas.

En este sentido, el marco teórico establecido por Baudrillard en la referencia ya esbozada del fin de lo social, el prototipo anticipación social, quedaría por fuera de esa idea, concebida sobre la simulación imaginaria y residual de lo social. En el análisis del filósofo francés, anticipar sería externar el propio hecho social, endógeno y anterior a la concepción de la idea de hecho y la confirmación de hecho mismo. Sin embargo, en este análisis, el hecho involucra a lo social y a la salud-enfermedad, como así también en el de Baudrillard, aunque en ambos tratamientos categoriales, ocupen dimensiones diferentes. En el momento en que desaparece hecho social y salud-enfermedad, se disipa todo simulacro y residuo. Toma vigencia pues, que anticiparse en salud, anticiparse al hecho mismo de enfermar, es preceder teórica y prácticamente al "valor" de enfermedad sobre conocimientos axiológicos de las ciencias sociales.

7. LA ANTICIPACION SOCIOLOGICA Y LA PREVENCION SOCIAL FRENTE A LA CATEGORIA RIESGO EN MEDICINA.

La idea central en esta parte de la investigación, resulta de transponer el umbral de los estudios tradicionales, en cuyo conjunto se observan los factores sociales, económicos, políticos, educativos, etc., medidos sobre cada persona integrando una categoría fundamentada en el riesgo, de pacientes que pueden estar enfermos o sanos.

El riesgo entra en indicadores donde se mide la morbilidad y se contabiliza la muerte. El objeto de estudio será pues, la prevención de enfermedades. En muy contadas ocasiones, el arquetipo a investigar, resulta un ser humano sano. En consecuencia, la medicina está concebida sobre dimensiones, donde figura en su estructura el concepto de riesgo. La opción del médico es "ir a ver", "el recibir", "el actuar", aplicando la ciencia, sobre alguien que necesita ser sanado. En la acción de curar científicamente, se elimina el valor del riesgo de estar o seguir enfermo.

El término riesgo es utilizado de forma singular por la medicina, los médicos y, fundamentalmente, los epidemiólogos. El hábito de fumar, representa un riesgo para la salud de quien inhala el humo del tabaco, papel, y otros componentes del cigarrillo; el conducir un ciclomotor, (primera causa de muerte entre los jóvenes españoles y de otros países), *está representado por el riesgo de toda lo inherente a transportarse en ese medio de locomoción.* El ser homosexual, toxicómano/a, o prostituta, es pertenecer a un grupo de riesgo, de alto riesgo, como endogrupo antes de la aparición del SIDA, pero sobre todo diferenciado como de riesgo inminente para el exogrupo, que al no componer dichas particularidades no son miembros de esos colectivos y por tanto, no son ni peligros, ni culpables de la epidemia.

El riesgo deja de traducirse en una categoría determinada en toda su acepción por el hombre, para transformarse en el ser humano mismo. El

riesgo es la persona, que produce infección y muerte. Homosexual, toxicómano/a o prostituta, será sinónimo de infección y muerte. También los negros. En África existen millones de infectados. El negro/a infecta y mata, produce riesgo.

Esta aporía, este camino sin salida, en clave de "transparencia del mal" en J. Baudrillard, energía de lo maldito, se desliza inundando, tapizando cada momento histórico que adquiere identidad propia por su valorativa social, que en este "transintelectual" puede expresar que al comienzo de la humanidad, ésta se caracterizó por ser una fase en la que los valores sociales se correspondían con un referente "natural" (valor de uso). En la segunda fase, la mercantil, los valores se correspondieron con un equivalente "general", valor de cambio. La tercera, la fase estructural imbricó a determinados códigos, valor de "signo". La época actual, el momento en el que se deambula, Baudrillard lo denomina "fractal", caracterizado porque los valores no se corresponden a ningún referente preciso y concreto, toda vez que el valor es "dispersión", "fragmentación" y "contradicción" (12). Finalmente el valor adecuado a riesgo, muerte, enfermedad, infección, anómicos, marginados entre las poblaciones expuestas a la epidemia.

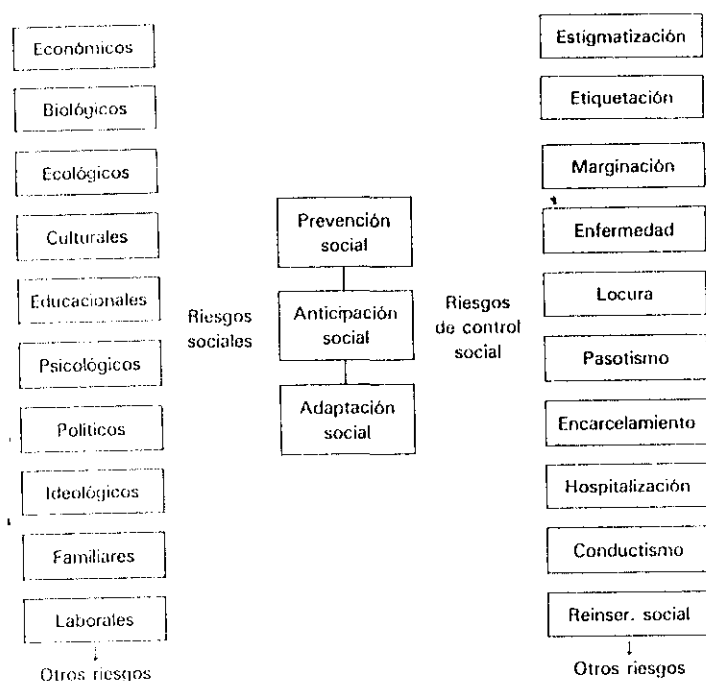
Baudrillard, refiriéndose al SIDA señala que "La confusión elemental de la epidemia se instala en esta difracción del principio de realidad sexual, en el final fractal, micrológico e inhumano" (13). Al que agrega el resto de los grupos con prácticas de riesgo frente al SIDA, adecuando esa categoría fractal en la transparencia del mal, como fenómeno extremo, en la desintegración de lo humano, tomando como ejemplo el síndrome de inmunodeficiencia humana.

El SIDA representa también, una constelación de interrogantes sin respuesta sobre conceptualizaciones de riesgo en epidemiología. Es por tanto, un modelo de enfermedades epidémicas donde puede aplicarse el concepto de anticipación social. Para ello, se recurrirá al texto del autor de esta tesis, donde la anticipación social tiene como finalidad

fundamental, "elaborar, unir e imbricar, los arquetipos contemporáneos de salud-enfermedad, en base al objeto salud, en su contexto total, entendiendo ésto último como dependiente de diversos factores básicos; por ejemplo, el económico, el biológico, el ecológico y el social, común al ambiente real de la vida y sus "vivencias" afines" (14).

Relaciones entre la multicausalidad de los riesgos sociales y los riesgos de control social.

(Fuente: Elaboración, Ricardo Usieto Atondo.)



Por tanto, entre prevención y adaptación social, aparece el concepto sociológico, anticipación social, incluido en la dinámica de la salud colectiva y comunitaria, individual y personal adaptado a las características de la sociedad. Alejado pues de prevención o preventivo, donde la enfermedad es sinónimo de disposición, organización, providencia, etc. Anteponerse a los riesgos en la anticipación social, "significa adelantarse a los propios riesgos sociales y de control social, como se ha establecido en la configuración de los afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y extensible en otros casos como categoría conceptual" (15). Finalmente, como variable sociológica, puede comportarse metodológicamente de manera cualitativa.

En el caso de esta investigación verbalizada en homosexuales-bisexuales, toxicómanos/as UDVP, o como integrante de los factores cuantitativos, anticipándose a los riesgos de los afectados por el SIDA cuando son sometidos a todo cuanto emerge en la legitimación médica y epidemiológica como "grupos de alto riesgo".

La idea de anticipación social, transita hacia el concepto de poblaciones expuestas que, en su conjunto, adquieren valor como paradigma, reemplazando a nomenclaturas arraigadas monolíticamente, sin diferenciar cuándo el objeto de estudio es intrínseco o endógeno al ser humano, en su caso al enfermo y la sociedad, sobre conceptualizaciones de las ciencias.

Por tanto, se apoya en la necesidad de anticiparse a la enfermedad, dotando de indicadores cualitativos y cuantitativos a los factores de riesgo de las poblaciones expuestas, dentro de las categorías o variables a las que pertenecen los riesgos sociales, las causas de riesgo y los riesgos de epidemia. El siguiente cuadro recoge de forma esquemática, la idea entre los factores de riesgo y la anticipación social como categoría en sí misma.

Factores de riesgo			
Poblaciones expuestas	Riesgos sociales	Causas de riesgo	Riesgos epidemia
Homosexual-bisexual ...	Económicos	Hábitos	Sin preservativos
	Biológicos	Costumbres	Una sola aguja
	Ecológicos	Ritos	Una sola jeringa
Toxicómanos/endoven...	Culturales	Pautas	Transfusiones
	Educacionales	Rutinas	Coito anal
Homo/toxicom/endov....	Psicológicos	Prácticas	Eyacuación oral
	Políticos	Tendencias	Saunas
Hemofílicos	Ideológicos	Conductas	Cuartos oscuros
	Familiares	Comportamientos	Promiscuidad
Heterosexuales/sexo	Religiosos	Usos	Prostitución
	Laborales	Tradiciones	Pincharse en grupos
Madre/infectada/hijo	Carcelarios	Pasotismo	Sadomasoquismo/sangre
	Manicomiales	Estigmatización	Falos protésicos
Transfusiones	Hospitalarios	Marginación	Camas redondas
	Reformatorios	Etiquetación	Resto/sexo/oral
Africanos.....	Otros riesgos	Otros riesgos	Otros riesgos
TODA LA POBLACION CON POSIBILIDAD DE EXPONERSE A LA EPIDEMIA PREVENCIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA Y SEXUAL, ANTICIPACIÓN SOCIAL			

Elaboración: Ricardo Usieto Atorón

Entre los "Factores de Riesgo" dentro de los "Riesgos Sociales" de las "Poblaciones Expuestas", se encuentran los económicos, los culturales, los educacionales, los religiosos, los de las cárceles, los

hospitalarios, los laborales, etc. Entre "Las Causas de Riesgos" se hallan los hábitos, las costumbres, las prácticas, los ritos, los comportamientos, las conductas, las tendencias, los usos, las tradiciones, etc. Entre los "Riesgos a la Epidemia", la no utilización de preservativos, el pincharse con jeringas y agujas contaminadas, las transfusiones sin control médico-normativo-vigente, la eyaculación oral, la ingestión de semen, la penetración anal, el cambio reiterado de parejas sexuales, la prostitución masculina y femenina, el sexo duro, el sadomasoquismo con sangre, etc.

Por tanto, cada población expuesta puede ser analizada en el propio contexto que la caracteriza, con la finalidad fundamental encarada hacia la prevención, la educación sanitaria y sexual y la anticipación social.

Nos encontramos, pues, con el diseño del modelo que permite, recurriendo a las técnicas de investigación social, el hallazgo de la confirmación de las hipótesis propuestas. Es decir, "un retrato dinámico", individual y colectivo, que haga comprensible los distintos "riesgos" producidos en la sociedad en donde evoluciona o desaparece todo lo humano del "ser" humano, introducidos en categorías que se corresponden a "desviados", "anómicos" o "marginados", (indicadores propuestos/impuestos desde el exogrupo al endogrupo) por su pertenencia a homosexuales, bisexuales, toxicómanos/as, UDVP, prostitutas e hijos/as de madres con factores de riesgo. Afirmación acentuada, en la concepción de las nuevas tendencias discriminatorias que se producen en el mundo actual, y no precisamente en concordancia con los derechos humanos.

B I B L I O G R A F I A

1. Robert K. Merton (1987) TEORIA Y ESTRUCTURA SOCIALES Ed. Fondo de Cultura Económica (2ª reimpresión), México, pp. 29-36
2. Robert K. Merton, op, cit, pp. 37-42
3. Robert K, Merton, ibidem p. 37
4. Robert K, Merton, op. cit., p. 39
5. Robert K. Merton (1987) op. cit., p. 17
6. Theodor W. Adorno y Max Horkheimer (1979) SOCIOLOGIA, Ed. Taurus, Madrid, pp. 93-99.
7. Theodor W. Adorno y Max Horkheimer, op. cit., p. 93
8. Theodor W. Adorno y Max Horkheimer, ibidem, p. 93.
9. Theodor W. Adorno (1986) TEORIA ESTETICA, NOVEDAD, UTOPIA, NEGATIVIDAD, Ed. Taurus, Madrid, p. 51
10. Jean Baudrillard (1987) CULTURA Y SIMULACRO, EL FIN DE LO SOCIAL Ed. Kairós (32 edición), Barcelona, pp. 171-191.

11. Jean Baudrillard, op. cit. pp. 183-191
12. Jean Baudrillard (1991) LA TRANSPARENCIA DEL MAL. ENSAYO SOBRE LOS FENOMENOS EXTREMOS, Ed. Anagrama, Barcelona, pp. 9-19.
13. Jean Baudrillard, op. cit., p. 15
14. Ricardo Usieto (1987) EL PARADIGMA SOCIAL DEL SIDA en SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, Ed. Díaz de Santos, Madrid, pp. 325 y 328.
15. Ricardo Usieto, op. cit. 326

C A P I T U L O I I I

MARCO TEORICO DE LA SOCIOLOGIA DE LA SALUD

8. MARCO TEORICO DE LA SOCIOLOGIA DE LA SALUD. LA HISTORIOGRAFIA Y LA CULTURA COMO PUNTO DE ENCUENTRO

8.1. INTRODUCCION

Esta parte del capítulo, está relacionado básicamente, en la demostración de cómo las ciencias que se ocupan epistemológicamente, del objeto salud, y todo lo inherente a la estructura social del ser humano, convergen con sus modelos teóricos y empíricos, hasta hacer del objeto de estudio, un concepto común, un hecho único, una descripción uniforme desde el abordaje de las distintas disciplinas. Anunciábamos en la introducción al paradigma social del SIDA "que los fenómenos sociales en general, y el estudio del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en particular, son realidades tan complejas, que su conocimiento, aún en evolución y difícilmente conseguido, puede lograrse con la aportación de las distintas teorías científicas de las disciplinas que lo estudian. El arrogarse para sí la idea total del modelo de investigación, descarta del diseño su base fundamental, es decir, la complementariedad entre las distintas ciencias que resulten afines" (1).

Por este motivo, el marco de análisis hipotético, recorre distintos arquetipos históricos en la demostración final de cómo en la interdisciplinariedad apuntada, ocupa un lugar por derecho propio, cultural e histórico, la sociología de la salud.

El incomparable maestro de la salud pública Abraam Sonis, introducía sus enseñanzas en los temas de integración científica con una cita de George Bernard Shaw, quien en los inicios de su vida intelectual se ocupó de la crítica musical en un periódico londinense. Después de los primeros artículos el director del diario llamó a Shaw para indicarle que había sido contratado para escribir sobre música, en cambio, él hacía frecuentes incursiones en literatura, filosofía, política, economía, etc. Shaw respondió que sólo de esa forma podía interpretar la música, porque así la entendía él, porque ésta era su concepción de la música.

Nuestro apotema simbólico coincide básicamente con la idea de Sonis en la metáfora de Shaw. De esta forma, reconocemos la interpretación de la salud y la enfermedad en todo lo que tiene de diacrónico e interdisciplinar, para lo cual partimos de su encuentro histórico y cultural, la salud comunitaria (2).

En la misma línea, aunque algunos años antes, Henry Sigerist interpretaba la transición entre la medicina social, producto de la Alemania del siglo XIX y la medicina preventiva de la primera mitad del siglo XX. Sigerist destaca como hitos históricos, elementos interpretativos absolutamente básicos en la comprensión procesal de esa transferencia. Según Molero Mesa, es a partir fundamentalmente de Sigerist, y las aportaciones de Rosen y Ackerknecht, entre otros, que "la historia de la medicina realiza un cambio cualitativo en sus objetivos". La consideración del hombre inmerso en el entretelado social, el enfoque sociológico de la cultura, la influencia del materialismo histórico como método y la incorporación de la epidemiología al estudio de la historia de la medicina y de la ciencia ha abierto nuevas vías de conocimiento científico como en el panorama asistencial (3).

Basa su apreciación en el origen de la medicina social, producto del modelo de entender la realidad social y médica a través de Johan Peter Frank, quien en 1790 escribe que la "miseria del pueblo es la madre de las enfermedades", la causalidad de las enfermedades era pues, producto de los desequilibrios económicos, sociales y políticos.

La historia de la cultura, modelo metodológico dentro de la historia de la medicina, se le atribuye a H.E. Sigerist y el comité formado con sus ideas, quienes publicaron durante la primera mitad del siglo (1928-1932), la revista *Kyklos* sobre quien influyó Alfred Gortjahn, "quien tras la ascensión del nazismo emigra a Estados Unidos junto a alguno de sus más valiosos discípulos: Temkin, Edelstein, Ackerknecht, etc. En Baltimore creó el *Bulletin of the History of Medicine* que dirigió desde 1933 hasta 1947" (4). Elvira Arquíola, catedrática de Historia de la

Medicina de la UCM, establece cinco modelos de su especialidad. Sin embargo, conviene señalar, que coincide en lo fundamental de esta parte de la tesis al apuntar: "La medicina desde mediados de nuestra centuria, ha visto cada vez más explícitamente confirmado su carácter de ciencia social" (5). En Baltimore, aunque resulte paradójico, existe en la Universidad de John Hopkins, una escuela de Higiene y Salud Pública en la que hay que destacar al Profesor Vicente Navarro. La dinámica y modelo que se desarrolla resulta un prototipo en la línea de investigación y consolidación social del paradigma de salud pública arrastrando consigo un gran caudal de procedencia historiográfica proveniente de las líneas evolucionarias.

De acuerdo con Sigerist, que transforma el discurso de aquella época en un verdadero análisis de contenido sobre los testimonios escritos de la medicina social, esta es reproducida en sus manifestaciones más políticas por el presidente norteamericano Roosevelt cuando en los años de la gran depresión, década del 30, equipara el alojamiento, la alimentación y el vestido paupérrimos de un tercio de la población de EE.UU, con la ingerencia económica en la causalidad de la enfermedad y la nula atención médica de esa parte de la población (6).

Contemporáneo de J. Peter Frank y sobre todo del movimiento médico-social desarrollado en esa época, les sucede en Alemania, una corriente dirigida por Rudolf Virchow quienes asocian la disfunción entre salud y enfermedad en relación a la pobreza comunitaria. La relación médico-paciente, pasa a formar parte de "los abogados de los pobres", interponiendo servicios públicos para éstos y acceso a los hospitales. Para la medicina liberal de entonces, sobresalía la atención a todos los miembros de la población sin exclusión, previsión hacia las causas de la enfermedad y mejoras sanitarias.

Rudolf Virchow es tal vez el patólogo y antropólogo alemán más nombrado por todos los historiadores de la medicina. Su célebre afirmación de que la medicina es una ciencia social y por ende la política no es más que

la medicina a gran escala aparecida en el diario, fundado por él, "Die Medizinische Reform", forma parte de la gran corriente histórica que se evidenció en el análisis, como los aspectos conceptuales y transicionales hasta la idea actual de la salud pública (7).

Recapitulando, puede apreciarse que, si bien tanto Sigerist como Virchow o Sonis, no son sospechosos de refrendar modelos ideológicos marxistas, tampoco coinciden con el funcionalismo o estructuralismo en cuestiones de salud o sistemas sanitarios. Es por esta conjunción historiográfica, el camino que hemos trazado para vincular la sociología de la salud, en general, y dentro de España en particular.

Quedan sin embargo, algunos conceptos por desmenuzar. Así, adentrándonos en el arquetipo teórico y pragmático de la medicina preventiva, se encuentra que, la prevención se halla descartada como objeto de estudio y referencia en el enfoque de Parsons, quien transita por los caminos metodológicos de la medicina terapéutica y la práctica médica moderna. Por ello puede afirmarse, que la intencionalidad científica en ambas corrientes, difieren notablemente (8).

8.2. DE LA REFLEXION HISTORIOGRAFICA AL MODELO TEORETICO.

No escapa a todas y cada una de estas reflexiones la historia de la sociología de la salud en España. Ahora bien, parece confirmar esa "suerte de ascendente espiral multicéntrica de flujos y reflujos de ida y vuelta, reflejo multiplicador del espejismo crítico" anunciada por Carlos Moya. La sociología de la salud, no deja de representar metáforas, que incluyan la gran complejidad humana y profesional para su desarrollo en España.

La historia específica de la disciplina, área de conocimiento, rama de la ciencia social, etc., con todas las denominaciones ya señaladas a lo largo del capítulo, se desarrolla como una corriente pragmática orientativa hacia fines utilitarios narrativos. Por tanto, en ningún caso o autor, aparece como un tratado histórico, aunque de hecho suponga, lo único escrito en concatenación de datos, de formas y de causas estratificadas en el tiempo.

Para ello, ha sido necesario recurrir, a dos cuestiones básicas. En primer término, a todo aquéllo que proveniente de la medicina, se adentra en aspectos de las ciencias sociales. Esta confluencia se halla por ejemplo, en la historia de la medicina, la medicina social, la medicina preventiva, la epidemiología, la salud pública, etc. Dentro del otro vector, todo lo inherente a la sociología, que tenga que ver como objeto de estudio e investigación con la medicina, salud, sanidad, enfermedad, personal sanitario, hospitales, ambulatorios, centros de salud, sistemas sanitarios, administración, gerencia, política en salud comunitaria, leyes y decretos, etc., en parámetros de las ciencias de la salud. Esto abarca asimismo, a sindicatos, colegios profesionales, asociaciones, fundaciones, partidos políticos, etc., donde pueda superponerse la teoría y el método de esta ciencia social inherente al desarrollo de los objetivos a estudiar y aplicar.

Cada uno de esos campos de investigación, darán origen a múltiples posibilidades de análisis a desagregar y particularizar en estudios mensurables concretos. Esta tesis doctoral es un ejemplo preciso en esos términos, donde siendo el objeto de estudio el SIDA como enfermedad epidémica, desplaza a otras enfermedades como campo de estudio (especialmente enfermedades crónicas), pero más aún, define la propia morbilidad en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, como un modelo a desarrollar en sí mismo, dando lugar a explicaciones conceptuales desde dimensiones de anomia y marginación entre portadores y enfermos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en poblaciones expuestas a la referida pandemia.

Este ejemplo isocrono, entendemos que resulta útil, para adentrarse en los principios históricos de esta subciencia de la sociología, cuyo origen siempre difícil de precisar se atribuye a Robert Strauss, quien observando el rápido avance y demanda de todo lo social en cuestiones de modelos y unidades conceptuales médicas, durante el año 1957 realiza dos distinciones fundamentales. Señala la diferencia entre la "sociología de la medicina" y la "sociología en la medicina". Esto que al principio parece una precisión de tipo semántico, simbólica o de una fina descripción etimológica, tendrá un enorme valor sobre el futuro de la profesión sociológica en este área. Robert Strauss coloca la piedra fundamental al describir a los sociólogos que trabajan para la medicina desde dentro de su propio sistema o aquéllos otros que desde modelos sociológicos crean y dan origen a investigaciones y estudios relativos a la medicina. El tiempo transcurrido ha acabado por articular ambos paradigmas (9).

Bastante tiempo antes, de acuerdo al análisis de numerosos autores, se asistía en EE.UU a una verdadera revolución en el acercamiento interdisciplinario entre medicina y sociología (10). Así se enuncian las escuelas y tendencias funcionalistas y estructuralistas en el estudio "de" y "en" la medicina, producto de paradigmas de gran preponderancia científica en USA y fuera de sus fronteras. De allí que la

influencia en su desarrollo y evolución de prestigiosos sociólogos, al decir de Manksth, como "Parsons, Merton, Kendall, Bloom y Fox entre otros; el papel de universidades famosas como las de Columbia, Chicago y Yale; y finalmente la contribución de Fundaciones como la Russell Sage, Milbank y la Commonwealth Fund, proyectarán de manera irreversible a esta nueva área sociológica" (*2). Finalmente, dentro de esta primera etapa histórica, en el año 1959, la American Sociological Association, origina en su interior una sección destinada de manera exclusiva a la sociología de la medicina y en la medicina, legitimando, institucionalizando y sobre todo profesionalizándola, dentro de los ámbitos académicos científicos y sociales.

Es preciso aclarar, que durante mucho tiempo antes, venía gestándose entre científicos de la medicina y la sociología una clara convergencia sobre ambos modelos epistemológicos. Así, por ejemplo, John H. Hanlon, Director de la Junta Administrativa del Consumer Protection and Environmental Health Service, de U.S.A. en su libro "Principles of public health administration" y cuya primera edición data del año 1950, dedica un capítulo de su texto, a lo que denomina "Sociología de la Salud Pública", en clara referencia a la doble dimensión observada. Asimismo, aborda cuestiones relativas a la antropología social, demografía, historia, sociología, etc. en un discurso cuya procedencia intelectual es la medicina social y donde se desarrollan modelos próximos a las alternativas críticas en salud y cambio social a través

(*2) La aparición en Barcelona de la revista Papers, dio la oportunidad de introducir el conocimiento de distintas áreas científicas de la sociología, fundamentado en trabajos de sociólogos/as españoles/as y foráneos. En su primer número, en 1973 Amando de Miguel produce un agudo artículo denominado "PSIQUIATRIA Y SOCIEDAD: EL LUGAR DEL PSIQUIATRA Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA ESTRUCTURA SOCIAL", pp. 11-36. Sin embargo, es en su número 5 donde esta publicación se dedica totalmente a "Sociología y Medicina". Dicho número, publicado por la Universidad Autónoma de Barcelona (1976) ofrece una amplia conjunción histórica y sistemática sobre la sociología de la medicina. En ésto destacan los artículos de Lisbeth M. Claus e Ivo Nuyens: "LA ENSEÑANZA DE LA SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA EN EUROPA Y USA" pp. 11-29, Jesús de Miguel, "FUNDAMENTOS DE SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA" pp. 209-239. Amando de Miguel "LA PROFESION MEDICA EN ESPAÑA" pp. 147-182

del paradigma médico. Por una parte en la salud y su egresión pública, lo que Alma Ata en 1978 se denominó "salud para todos en el año 2.000", en un estadio distinto a la ingerencia determinante de las ciencias sociales, transferencia que se deja en manos de la sociología como teoría de conocimiento inherente al paradigma salud-sociedad señalado (11).

A John Hanlon, sin distinguirse como un teórico de gran peso, hay que atribuirle el encuadramiento en posiciones pragmáticas, que resultaron ser incipientes críticas dentro de su tiempo intelectual e histórico. Así, distingue varias cuestiones. Por una parte separa a la medicina de la ciencia sanitaria. Para ello, introduce como variable, el número progresivo de personal no médico en tareas relacionadas con la salud de una población. Su mensaje se aproxima pues a valores tendentes a justificar la simbiosis entre distintas ciencias, y en especial, en el momento en que las mismas encuentran su punto de confluencia teórico-práctica, en el crecimiento de los indicadores de menor enfermedad y mayor calidad de vida.

Separa finalmente varios conceptos básicos: La idea de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se unifican a las acciones terapéuticas y rehabilitadoras en actitudes de programas de salud comunitaria permanente. Esto le lleva a considerar a la "salud pública" como una disciplina separada de la medicina y una profesión en sí misma, en cuya acrecencia, medida sobre los efectos y resultados en aspectos de la vida y sociedad demográfica, el personal interviniente se transforma en "agente del cambio social". Para ello, se coloca al trabajador de salud pública "en medio de la palestra de sociología aplicada, al lado de muchos otros sociólogos" (*3).

(*3) En una clara alusión al cambio social y la sociología, y más aún, al personal sanitario como agentes del cambio, y a muchos sociólogos que deben aplicar sus conocimientos a la realidad de la salud pública, el referido autor realiza un esfuerzo convergente entre disciplinas que se identifican finalmente en política sanitaria.

No es intención de este trabajo, realizar un análisis detallado del modelo propuesto por J. Hanlon. Sin embargo, se hace un guiño dentro del capítulo por su importante contribución profesional, sobre todo al prototipo de la salud pública moderna, equidistante de los modelos funcionalistas y estructuralistas existentes, sobre todo en EE.UU, en medicina, sociología, política sanitaria, etc.. Para acentuar sus diferencias Hanlon recurre a la comparación con James Truslow Adams quien en un visión cosmológica del universo proveniente del claro "tributo" norteamericano a la cultura humana total, en la obra "Epic of América" llega a decir que esa contribución es la "visión de una sociedad en la cual la muerte del hombre corriente es mejor, y su vida se halla enriquecida y ennoblecida" (12). A esta cosmovisión maximalista, triunfalista y de éxito, debe llegarse a través del orden social establecido en programas de salud pública.

Para una interpretación correcta de lo señalado, hay que tener en cuenta la perspectiva norteamericana de la realidad social, haciendo hincapié en los paradigmas gnoseológicos de las escuelas del funcionalismo y del estructuralismo. Sobresalen en ello, por su contribución al análisis de los sistemas sociales y más concretamente a temas relativos a la salud, la enfermedad y los sistemas sanitarios, Talcott Parsons y Robert Merton, entre quienes se acentúan las cuestiones teóricas provenientes de Durkheim, Max Weber y Pareto, entre los más influyentes.

En este apartado, se trata suscintamente, las corrientes de mayor importancia, desarrollo e ingerencia sobre los conjuntos médico-sociológicos desde la teoría y estructura social. Es por tanto, de obligado análisis hipotético, tratar de sistematizar la explicación conceptual en la estructura y procesos de sistemas sociales provenientes de distintas escuelas de pensamiento, entre las que se destaca, la funcionalista-estructuralista, y por continuar con el mismo método de contrastes intelectuales elaborado a lo largo de la tesis, se describirá brevemente otros esquemas teóricos provenientes de las ciencias

sociales, y que estudian y definen el modelo de la medicina dentro del sistema social.

El objetivo de esta parte del capítulo, ha sido tomar como punto de referencia a Talcott Parsons dentro del segmento de la idea médico-funcional, por considerarse como uno de los principales exponentes del funcionalismo-estructuralismo acaecido en la formulación general de la teoría sociológica (*4). En segundo lugar, porque dedica una buena parte de su trabajo intelectual, a desarrollar y articular "la práctica médica moderna" en uno de sus textos fundamentales, donde elabora y aplica teóricamente todo lo concerniente a la problemática de la salud en Norteamérica como parte de un subsistema social predominantemente funcional, derivado de modelos estructurales y hegemónicos inherentes al sistema social (13). Talcott Parsons toma como punto de referencia la acción "en el análisis del puesto central de las pautas de orientación de valor en esa estructura, en el análisis de los mecanismos motivacionales del proceso social y en el análisis de la implicación de las pautas culturales -que no son las de orientación de valor- en el sistema social" (*5).

Sobre este contexto paradigmático, la salud se entronca con una "tradición cultural muy destacada" donde se evidencia una gran dificultad en los modos funcionales de institucionalización,

(*4) A este respecto, puede decirse que Talcott Parsons considera que la obra de V. F. Pareto ha constituido la contribución más importante al acotar el sistema social desde el funcionalismo. A continuación, Parsons le añade el nivel de análisis estructural-funcional. La comprensión de su trabajo resultaría de gran complejidad si no se tuviese en cuenta, a lo señalado de Pareto, la articulación teórica con R. Merton y a los clásicos europeos como son Durkheim y Weber. Finalmente, resulta de transcendente utilidad en un estudio global de su producción, completarla con la antropología social de Malinowski y Radcliffe-Brown y Sigmund Freud en categorías psicoanalíticas.

(*5) Se ha subrayado lo que se considera de mayor relevancia en el marco de referencia de la acción de la que Parsons parte para llegar a lo que denomina "esquemas estructurales principales del sistema social".

sobresaliendo las relaciones entre "pautas de rol" y "orientación de valor", como así también la imbricación del transcurso curativo entre parámetros clásicos funcionales, producto de esquemas donde prevalecen el "control social", la "desviación" incluyendo los modelos "motivacionales" dentro del equilibrio general del sistema social (14).

De este arquetipo expresado sintéticamente, puede inferirse que, la práctica médica individual, actúa para superar las alteraciones de la salud, que es como decir, desencadenar los conocimientos médicos para superar la enfermedad. En este sentido, Parsons precisa nuevamente, la idea que, a través del tratamiento terapéutico, se llega a la salud del individuo o a la normalidad; finalmente, al orden social, producto del control de la medicina sobre el binomio salud-enfermedad de las personas.

Las implicaciones del estudio de Parsons, coadyuvan asimismo, sobre la medicina preventiva, enunciando que es una parte de la ciencia médica ocupada de controlar las condiciones que producen la enfermedad. Esta relación directa sobre la prevención en salud, determina en el análisis textual, algunas sugerencias examinadas, después de recabar del enunciado del propio científico, cuestiones dicotómicas excluyentes. Así por ejemplo, en su discurso, la terapéutica no se halla asimilada a prevención, puesto que ésta no cumple con la normativa cíclica funcional-estructural de los esquemas parsonianos. Esta recae siempre, en el "control funcional terapéutico", siendo el motivo principal en la elaboración de conceptos sobre la práctica médica moderna. Hay que recordar que, en el momento de la elaboración del referido estudio, una parte importante de la medicina y en cuyo mayor apogeo se encuentra

actualmente, distinguía a la prevención como el modelo más eficaz para evitar la enfermedad y por consiguiente controlar la salud (*6).

El modelo teórico-empírico emprendido en el capítulo a que se ha hecho mención, introduce a modo de legitimación, la variable médica, individual y con gran carga ideológica; como representa para esa profesión, "el arte de curar". La explicación fundamental, sin embargo, se traduce como que, el sistema social al tener un nivel demasiado bajo de salud o alto de enfermedad, se transforma en disfuncional. A este desequilibrio concurre la imposibilidad de realizar los roles sociales del individuo enfermo, y la posibilidad de incontrol de la enfermedad por la acción social. Un ejemplo breve de este desequilibrio del sistema, sería la gran incidencia de la mortalidad infantil y la mortalidad prematura, donde en ese caso, el niño no cumple el ciclo propuesto como productor-consumista al llegar a la correspondiente edad sociológica, en una sociedad creada sobre parámetros funcionales a modo individual y colectivo (*7). También contribuyen a la anormalidad, los factores motivacionales que se encuentran "implicados en la etiología de muchas

(*6) Pese a la brevedad del concepto expresado por Parsons, se ha creído importante resaltarlo. Primero, por la influencia que ha adquirido la medicina preventiva en los últimos años. Desde la OMS hasta Fundaciones, Colegios, organizaciones e individuos impulsan dicha área científica. Por otra parte, porque en la investigación teórica y práctica de la tesis, se incluye la prevención como categoría fundamental, aun en el momento en que se trata de hallar una denominación que la supla desde las ciencias sociales. Esta sería, para la demostración hipotética, la "anticipación social".

(*7) Se distingue mortalidad prematura de mortalidad infantil por varios motivos. Aunque ambos períodos de edad abarcan globalmente la misma cohorte (0-10 años aproximadamente), dentro de los ratios médicos, la muerte prematura se produce durante el primer año de vida. Por tanto, las cargas económicas, las pautas de orientación de valor, mecanismos motivacionales, culturales y la disfunción entre niveles altos de salud o bajos de enfermedad se atenúan. Todos estos índices (funcionales) crecen a medida que aumentan los años de vida. Por tanto, los niños/as que van a morir, desarticularían menos el modelo de Parsons cuanto más precozmente desaparezcan. Esto no es nuevo. Los antropólogos sociales más importantes coinciden con ello, tomando como referencias a civilizaciones primitivas.

enfermedades" y que se pueden -según los esquemas tratados- solucionarse terapéuticamente desde la medicina.

Aparecen finalmente, las enfermedades psicosomáticas y mentales, resultando de gran importancia en el arquetipo funcionalista dentro de sus indicadores más clásicos, como por ejemplo, desviación social, control, pautas de rol, etc. Se indicó a lo largo de la exposición, la influencia que ha ejercido S. Freud en Parsons, del cual obtiene y contrasta las ideas del psicoanálisis, del que señala en el prefacio del "El Sistema Social" que, junto a Pareto, Durkheim y Weber, se hallan entre los grandes fundadores de la moderna ciencia social y de hecho, forma parte de sus propios conceptos científicos.

No estará de más señalar, algunas cuestiones que sobresalen por su interés en este esquema del pensamiento parsoniano. En primer lugar, en la relación del enfermo con la sociedad es posible delimitar que las personas imposibilitadas no son distinguidas como responsables de su incapacidad. Por consiguiente, alejadas de sus tareas comunes y el compromiso del trabajo cotidiano, se asumirá un determinado rol de enfermo, que halla la legitimación o no, frente al médico o sistema de la medicina técnica y científicamente desarrollado (15).

Respecto a esto último, y en referencia a la institucionalización funcional de la práctica médica, el prototipo se describe como universal, científico y pragmático, en contraposición de ejemplos individuales. "La base fundamental de la necesidad de una estructuración universalista-adquisitiva, y no de una particularista-adscriptiva, del rol de médico, reside en el hecho de que la moderna práctica médica se organiza en torno a la aplicación del conocimiento científico por personas entrenadas técnicamente competentes" (16).

Existe, no obstante, en el mencionado análisis funcionalista, una referencia central relacionada con la convergencia de distintas ciencias y la medicina, y muy especialmente con la sociología. Así, observando el

entrecruzamiento entre modelos teóricos abstractos, y la aplicación pragmática en la obtención del conocimiento científico real, la medicina se comporta como el objeto de aplicación multidisciplinar. La física, la biología, la psicología, la química, la sociología, etc., son inherentes al arquetipo médico, por lo que Parsons cuestiona el término "ciencia médica" por no ser una única disciplina teóricamente integrada. Por último, la sociología "apenas es reconocida en ese contexto" en clara alusión, de que para el año en que se desarrolla este modelo teórico, (principio de la década de los 50), existían precoces vestigios de la sociología de la medicina o en la medicina, sin institucionalización en Norteamérica (*8).

Sin embargo, se hallaban publicadas las obras principales de E. Durkheim (1858-1917): "La división del trabajo social", "Las reglas del método sociológico", "El suicidio", "Ética profesional y educación moral". De Max Weber (1864-1920): "La ética protestante y el espíritu del capitalismo", "Economía y sociedad". De Wilfredo Pareto (1848-1923): "Trattato di sociologia generale". Finalmente, la obra de Robert Merton especialmente "Teoría y estructura sociales". Complementarias de todas las señaladas y con las de T. Parsons, R. Merton se introduce de forma indiscutible en el campo de los modelos funcional-estructurales en medicina y salud. En 1957, R. Merton, George G. Reader y Patricia L. Kendall, editan "The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education" que representa la síntesis funcionalista en versión contemporánea, dedicada por entero a la sociología de la medicina.

(*8) T. Parsons publica "EL SISTEMA SOCIAL" en el año 1951. En dicho texto desarrolla un capítulo sobre la práctica médica moderna. Para entonces, la mayoría de las obras literarias relacionadas al tema provenían de las ciencias médicas involucrando a la sociedad o la sociología, aunque eludiendo la cuestión de la interdisciplinariedad. El ejemplo de Pasteur desplazado por ser químico y no médico es clarificador al respecto.

En varias partes de la tesis, se ha mencionado, de manera muy especial, a Robert Merton. Esto tiene dos consideraciones básicas. Por una parte, representa a uno de los científicos de mayor importancia entre los continuadores y enriquecedores de la escuela funcional-estructuralista. Su principal aporte "Social theory and social structure" cuya primera edición data del año 1949, representa un clásico con nueve reediciones entre inglesas y españolas. Del referido texto conjuntamente con artículos, conferencias, etc. está basado todo el concepto moderno en este área de conocimiento científico (17).

Para esta investigación, interesa de manera prioritaria, el aporte que realiza en el desarrollo conceptual de los fenómenos sociales en el campo de la medicina. Para ello relaciona a los estudiantes de medicina "socializados" por la facultades de medicina, a partir de los valores, las imágenes y las actitudes de la profesión médica entre acontecimientos psicológicos y sociales (18).

Esta idea, por una parte general y por otra particular de la ciencia, tiene su origen en la génesis del pensamiento mertoniano, relativo en este caso, al ensamblaje funcional de varias teorías de conocimiento. Nos encontramos pues, que ello es considerado por Merton, como una "comunidad de iguales dentro de la qual la evaluación y el reconocimiento mutuos de los aportes a la investigación es el elemento fundamental que mantiene la cooperación competitiva esencial para obtención de conocimiento". De esto se extrae, que reconocimiento es dentro de los caracteres estructurales en referencia a la ciencia" una fuente importante de control social". Barnes destaca el valor otorgado a los conceptos de Merton en términos de universalismo y excepticismo. La comunidad científica se unifica por el reconocimiento, "las disciplinas difieren esencialmente en los métodos distintivos para generar pretensiones de conocimiento" (19). La subdisciplina que emerge como sociología de la medicina o salud, conforma dentro de la estructura funcional en Merton, un apéndice aún más regulador de control, en este caso médico de la sociedad.

En el ensayo "Some Preliminaries to a Sociology of Medical Education", R. Merton, señala algunas cuestiones relevantes y significativas en la articulación de la sociología con la medicina (20). Planteado como la "ambivalencia de los médicos", la medicina está legitimada dentro de una subcultura con categorías similares a otras profesiones comparables en modelos estructurales. Así, se encontrará dentro del sistema social, ejercitando un conjunto de normas, conductas y comportamientos con un código perfectamente delimitado en dicha ciencia, "la subcultura médica abarca un amplio espectro -desde asuntos de lenguaje a cuestiones de relaciones con pacientes, colegas y con la comunidad en general- y la función de la Facultad de Medicina es transmitir esa subcultura a sucesivas generaciones de neófitos" (21).

Dentro de los moldes de funcionamiento, Merton destaca dos cuestiones abandonando normas, reglas y conductas vinculando al estudiante de medicina, como un pseudo profesional médico, convertido luego en modelo de profesión sustentador de la medicina: la primera, en relación a las normas médicas, apunta a que existen reglas temporales pero no contradictorias, y esas medidas, se rigen por las distintas etapas por las que pasan siendo estudiantes de medicina hasta convertirse en profesionales médicos. Esta coordinación de normas, son a la vez, excluyentes dentro de la configuración utópica que se exhuma. Merton señala: "El proceso de aprender a ser médico puede concebirse en gran parte como el aprendizaje de cómo mezclar cosas en apariencia o realmente incompatibles en modelos consistentes y estables de conducta profesional" (19).

La segunda cuestión relativa a las normas y los valores, se refiere a la práctica médica o al "cometido del médico", situación ideal que se halla

(19) En el ya señalado libro "AMBIVALENCIA Y SOCIOLOGIA", Merton expone una larga lista de normas y valores por las que debe regirse la profesión médica en el más claro signo estructural-funcionalista de esta escuela de pensamiento. Los, actualmente, códigos deontológicos médicos, se rigen en muchos casos por esos valores y normas de funcionamiento profesional.

en la regulación de la propia conducta del médico en base al cumplimiento de los requisitos o códigos a desarrollar en la profesión. El sociólogo norteamericano señala tres grandes parámetros: los que gobiernan la auto-imagen de los médicos; los que rigen las relaciones con los pacientes y los que determinan sus relaciones con los colegas y con la comunidad. Finalmente, los valores y normas adquieren una gran importancia moral, como mínimo igual a los éticos y por ende, posible de un exhaustivo análisis sociológico, búsqueda final del paradigma funcionalista expresado.

A toda la corriente de la teoría sociológica elaborada en este capítulo, en particular en su conexión con las ciencias médicas, ha existido un gran número de trabajos científicos, que han desarrollado desde la sociología o desde la medicina, estudios e investigaciones contrapuestas. En este sentido, destacan los modelos que han fundamentado sus conceptos en la teoría marxista, la fenomenología, la etnometodología, el estructuralismo simbólico, hasta dar origen en la actualidad, a todo un movimiento intelectual bajo la denominación de posmoderno que intenta ocupar el lugar central desde donde partan las ideas y conocimientos últimos y originales de final del siglo XX. Aún sin anunciar nada sobre salud o enfermedad, pero sí sobre la muerte (alegórica), Gianni Vattino, expresaba que la postmodernidad es "una reconciliación con lo que existe un pensamiento de la proximidad". "Es cierto que contempla la muerte de Dios, de Marx, del yo, y que tanta muerte evoca una visión pesimista, pero en realidad es una forma de tomar distancia frente a las expectativas excesivas de la modernidad, identificada con la ilustración y el progreso. El postmoderno es un pensamiento conciliador que afirma que la emancipación es posible si se modifica el concepto de emancipación" (22).

9. APUNTES DE SOCIOLOGIA DE LA SALUD

9.1. INTRODUCCION

La sociología de la salud, finalmente, de las ciencias sociales y salud, se ha visto abocada a un claro reajuste. Reorganización que, aunque integradora de todo lo social, también en lo patrimonial, no ha tenido el crecimiento esperado a lo largo de los últimos 20 años. En este proceso integral y plenario, cabrían la antropología, la economía, la psicología, la historia, etc., encuadrados en lo general dentro de las ciencias sociales y, en particular, desarrollando teórica y prácticamente, todo lo que concierne a la salud del ser humano.

Esta última e incipiente aproximación convergente entre ciencias, disciplinas y objeto de estudio, surgida del último congreso nacional de sociología, y aportada desde la perspectiva de los sociólogos/as y antropólogos/as allí reunidos en el área de salud (San Sebastián, diciembre de 1989), tiene, tal vez, un único punto en común. El desigual desarrollo en el que se encuentra el conjunto de las ciencias sociales, en cuanto a la identidad y legitimación estructural y social, léase económica, académica, educativa, investigacional y científica en el mencionado campo de la salud en España.

Lo promisorio que ha resultado la institución de Facultades de Sociología, el creciente número de estudiantes, la inserción de licenciados en distintos sectores productivos del país, pero sobre todo, la concreción de acciones hegemónicas tanto en la Administración del Estado, como en el resto de los sectores públicos y privados no ha tenido el mismo efecto conciliador en el área de la salud.

Oteando, sin embargo, en los conceptos academicistas de Jesús de Miguel puede leerse cómo la sociología de la salud, es la "especialidad más importante dentro de la sociología contemporánea con el mayor número de especialistas. Eso se debe, en gran parte, a que el sector sanitario es

la primera industria en casi todos los países avanzados, y la que más personal cualificado contrata. Pero también a que en la civilización actual las causas de las enfermedades son cada vez más sociales, y las consecuencias de las enfermedades también son sociales" (23). Sin embargo, lo señalado puede tener varias explicaciones si el modelo proyectado por el Profesor Jesús de Miguel, tratase de encajarlo en articulaciones entre la oferta y demanda españolas.

Al referirse el principal científico español que ha desarrollado estos temas, a que es la especialidad más importante con el mayor número de profesionales con seguridad que la idea responde a otros países donde deviene la especificidad para esta rama sociológica en concreto. Si, en cambio, se mide a este sector, dentro de las facultades de sociología, no existe ni cátedras, ni asignaturas que se correspondan, excepción hecha en algún curso de postgrado. Pero aún parece más grave que, salvo alguna localización aislada, tanto la Administración Central como la Autonómica no reconozcan ni la especialidad, ni a los especialistas en sociología de la salud. Esto incluye al resto de la estructura sanitaria donde no existe el sociólogo con dicha característica profesional reglamentada.

Paradójicamente, el sector sanitario representa la primera industria en la mayoría de los países avanzados, también en España, y aunque las causas y sus efectos son, predominantemente sociales, excluye a estos sectores de la producción intelectual y orgánica en el binomio salud-enfermedad de los habitantes del país.

En el año 1976, Jesús de Miguel, señalaba: "La institucionalización de la sociología de la medicina dependerá de las condiciones sociopolíticas y de la estructura universitaria". "Si existen facultades de sociología, la sociología de la medicina se institucionalizará con independencia de las facultades de medicina" (24). Prácticamente después de 15 años de aquella afirmación, no sólo no se ha cumplido, pese al esfuerzo del propio Jesús de Miguel, sino que lo más dramático es que no se ha

desarrollado mínimamente en facultades de medicina, ni en escuelas. El mismo autor en su logrado libro "Sociología de la Medicina", producto en parte de lo publicado en la mencionada revista "Papers", acota: "En España es posible que por unos años la sociología de la medicina se desarrolle dentro del campo de la medicina, de la sanidad pública y de la asistencia social, antes de su institucionalización independiente. La sociología en nuestro país, se presenta ante varias alternativas: producir sociólogos de la medicina, educar estudiantes de medicina en sociología, lograr la participación de sociólogos y médicos en equipos pluridisciplinarios y producir investigaciones esenciales en sociología de/en la medicina" (25).

Sin embargo, tales manifestaciones tampoco han tenido un final feliz. Por una parte, no coexisten sociólogos de la medicina, de la salud, de la sanidad o de las ciencias sociales en salud. Esto se consigue creando las condiciones de dicha disciplina concreta. En España, no se han hecho realidad, ni cátedras ni catedráticos con esas características. La formación académica siempre ha transcurrido en el extranjero. Aunque bien intencionado, es utópico mantener esa sensación idílica en el año 1991. Tampoco se educan estudiantes de medicina en sociología. En algunos casos, y de forma circunstancial y asimétrica, existen determinados cursos de doctorado en sociología de la salud, o programas de doctorado en facultades diversas de ciencias sociales.

10. LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD EN ESPAÑA

El verdadero impulsor de la disciplina ha sido Jesús de Miguel, que a lo largo de estos últimos 20 años es quien se ha interesado, escrito y dispuesto de las mejores oportunidades de bregar por esa actividad científica. En todos sus libros y artículos reproduce parte de la historia de esa rama de conocimiento (26). Se dice parte, no precisamente invocando el tan manido término de "pasó a la historia", ni tampoco por jerarquizar a esa historia de manera tal que las hallamos forjadoras de pautas morales o políticas, o de mandatos emergentes de un pasado regulador de conductas suponiendo que tal o cual hecho tenga carácter histórico. Tal vez el término justo, sea una narrativa de hechos, datos y modelos paradigmáticos a la que caben agregarle algo más de otros testimonios acaecidos.

Lejos de toda intención está desatar una discusión sobre el lugar que deben ocupar dichos atestados en esa reseña histórica. Mucho menos el elaborar una controversia científica. Antonio Gramsci concibe en el análisis de los problemas histórico-críticos en que precisamente, no debe concebirse la discusión científica "como un proceso judicial en el cual hay un imputado y un procurador que, por obligación de oficio, deben demostrar que aquél es culpable y digno de ser quitado de circulación" (27). Pese a todos los rastros, huellas, pesquisas, datos y testimonios elaborados para esta tesis, es necesario coincidir con Gramsci cuando señala que, el punto de vista crítico es tal vez el único fecundo en la investigación científica, lejos por tanto de estas aguafuertes históricas. La paradoja se presenta ante la pregunta si de verdad han existido conflictos críticos en la investigación científica entre sociólogos del área desarrollada. Realmente, no se encuentran. Afirmación expuesta de esta forma, por la escasa o nula equidistancia y fundamentación teórica y práctica del grupo de profesionales que puedan producir y provocar un verdadero análisis crítico.

La carencia de cátedras, la universalización en escuelas y corrientes de pensamiento, paradigma elemental en toda teoría de conocimiento que debe hacerse fecundo, individualizó esfuerzos traducidos en investigaciones puntuales. La enseñanza apenas existente en algún curso de doctorado o sobre bases atípicas y de escaso porvenir académico. Existen grupos pero no un cuerpo de sociólogos de la salud. Se producen trabajos sobre todo en Toxicomanías, Aborto, Delincuencia, Suicidios, Personal Sanitario, Política en Salud, Asistencia Primaria, últimamente SIDA, pero nunca se ha podido dar una respuesta corporativa o resultados colegiados. Varias, todas cuantas sean necesarias provenientes de distintos arquetipos agrupados en modelos que van desde lo funcional, estructural, dialéctico, posmarxista y elementos sustanciales originales y creativos.

Finalmente, todo apunta a que continúan vigentes los tratados de sociología de la medicina cuando Isidoro Alonso Hinojal se preguntaba "¿cuándo un sociólogo investigador, -lo que equivale a decir, crítico- tendrá adecuada acogida en las estructuras sanitarias de nuestro país? (28). La opinión de Jesús de Miguel es que "la inmensa mayoría de las publicaciones sobre sanidad pertenecen a médicos, políticos, economistas, demógrafos o sanitarios. No existe un corpus de sociólogos dentro de esta disciplina y, en consecuencia, en muy raras ocasiones el enfoque es sociológico" (29). En relación a la unificación de la discusión en esta disciplina, María Angeles Durán señala "No obstante, la adjudicación de todas y cada una de las muestras de la rica literatura de sociología de la enfermedad a alguna de estas categorías se convierte a menudo en una tarea imposible, entre otras razones porque los investigadores adoptan simultáneamente varios enfoques o no llegan a hacer explícitos sus marcos teóricos" (30). Esa consecuencia de heterogeneidad teórica y diversificación pragmática alejada de la función de síntesis crítica que podría cubrir, si los modelos adquirieran coherencia epistemológica, era señalado algunos años antes por Lain Entralgo, cuando hacía reflexionar a los lectores en un texto pluridisciplinar dirigido fundamentalmente a investigadores, profesionales de las distintas áreas en ciencias de la salud, señalando la

"casi total inexistencia de trabajos acerca de este campo entre los estudiosos de nuestro país y la ausencia de esa disciplina en nuestras facultades médicas" (31).

La resultante es que todos los intentos por institucionalizar estos estudios se han diluido hasta la fecha. Por todo lo estudiado en este trabajo investigativo, el "status quo" permanece invariable. Como el Siroco en Pasolini, recuerdo de una tragedia que aún en el drama, excita y resulta hermoso, o en el Macondo de García Márquez, arrasador de tiempos y olvidos, cuestión de dudas y de límites, la sociología de la salud parece viva, en lo paradójico de los recursos humanos que se podrían contar por cientos (grandes especialistas y profesionales) pero sin recursos (sistema social excluyente).

10.1. LAS CIENCIAS SOCIALES DE LA SALUD. DESPEGUE O INFLEXION DEL DESENCANTO

Mal de muchos, consuelo de tontos. Lo cierto es que la sociología no está sola en estas alternativas de su propia identidad y despegue. Joan Artells, hace un balance de los últimos diez años de la economía de la salud en este país, después de calificar de importante penetración de esta ciencia en las instancias de diseño y toma de decisión de la alta política sanitaria y de la dirección de la gestión de la red hospitalaria pública -Artells fue responsable de la dirección general de planificación del Ministerio de Sanidad y Consumo-, señala: "Y ha sido, asimismo, a lo largo de los últimos diez años que la economía de la salud ha conocido un florecimiento extraordinario en la formación profesional postgraduada del personal sanitario, en sus esfuerzos -no correspondidos por la universidad española- para balancear la persistente ausencia de nociones de economía en el curriculum de formación básica de las profesiones sanitarias. Lo más destacado puede que haya sido la salida del limbo académico y la confrontación con los grandes problemas, que subyacen en los distintos procesos de reformas de los sistemas sanitarios del mundo industrializado o asistencial" (32).

Se suscribe lo señalado por Artells, desde la perspectiva de quienes viven experiencias similares, y han seguido muy de cerca el pulso colegiado y político en todo el proceso disciplinar español. Muy cerca de la idea del economista, concluimos con éste, que fue la práctica en el ruedo de las oportunidades profesionales, retrotrayéndonos, los especialistas, los que "han confinado a los académicos a un segundo plano, en beneficio de los analistas, políticos, gestores y profesionales más dinámicos y comprometidos con los cambios reales en curso, y con el constante esfuerzo de ajuste a una sanidad incierta y cambiante" (33).

Y es éste el punto de inflexión de más preeminencia, el sitio donde la historia lo juzgará como el gran agujero negro del desencanto científico. El Profesor Jesús de Miguel insiste, "la sociología de la medicina -luego sociología de la salud- no tiene ocasión de brotar, apenas si le llega el agua. Ese árbol de la ciencia se conserva como hace quinientos años hasta la reforma de estudios de 1991, es decir, sin que aparezcan nuevas ramas ni disciplinas" (34).

Autárquica, autobiográfica, definitivamente ácrata, la sociología de la salud se bate en un momento de confirmación de la ciencia social en su conjunto, pero languideciendo como disciplina especializada. Todo da lugar al esfuerzo personal en perjuicio del colectivo.

Han sido frecuentes, a lo largo de estos años, el procurar la legitimación definitiva de esta rama del conocimiento teórico y empírico. Sin embargo, para ello se ha apelado más al apoyo de argumentos y desarrollos foráneos que a los propios. No sólo se ha recurrido a los grandes maestros de la sociología (no es motivo de discusión en cuestiones relativas a escuelas o tendencias, puesto que escapa a la presente investigación), Parsons, Merton, Weber, Dahrendorf, Marx, Adorno, Freidson, Habermas o Bordieu, de quienes se han extraído los elementos fundamentales del discurso académico e intelectual, por ellos empleado. En muchos casos en interrelación directa con la salud, la medicina o el personal médico o sanitario. En otros, sobre categorías de apoyo teórico esenciales para el devenir del conocimiento científico.

También se ha procurado el acercamiento al pensamiento proveniente de la antropología y de aquellos médicos que intuyeron con gran precisión en algunos casos, aspectos de la medicina social. Es el ejemplo, ya señalado, de Rudolf Virchow, quien afirmaba que "la medicina es una ciencia social y la política no otra cosa sino medicina a gran escala" (35).

Así es posible demostrar cómo lo relacionado con la medicina social ha servido para la creación y desarrollo de una subdisciplina dentro de la medicina, donde han cobrado fuerza intradisciplinar, la ética, la estética, el derecho, la historia, la economía o la psicología, pasando de la filosofía o la antropología o la sociología, a la historia de la medicina, la ética médica, el derecho médico, la deontología, la medicina social, preventiva y, finalmente, la epidemiología.

Se observa pues, cómo se han sucedido en pocos años, cambios profundos en las denominaciones, pasando de sociología de/en la medicina a sociología de la enfermedad, de la salud, hasta ciencias sociales y salud. Sin embargo, transcurriendo la década de aproximación al año 2000, no se ha institucionalizado esta disciplina científica.

11. DE LA ENFERMEDAD CRONICA A LA MORBILIDAD EPIDEMICA

Desde los modelos de la medicina tradicional, se puede señalar que los enfermos agudos apenas forman un cuerpo de pacientes, salvo raras excepciones. La referencia, por descontado, es siempre sobre occidente, países desarrollados o industrializados. La medicina curativa se desvanece.

Ese tipo de medicina perteneciente a conceptos en donde predominaba lo individual y estático, lo puramente físico y biológico, en algunos casos lo natural y azaroso en la morbilidad y muerte, frente a lo dialéctico, colectivo, participacionista, idea fundamental del proceso de salud constituida desde el propio devenir social, dejan de ser arquetipos antagónicos dando paso a una idea de la salud comunitaria y pública emergentes de proyectos socialmente cinéticos.

En 60 años (1900 a 1960), la tasa de mortalidad desciende en Norteamérica a la mitad, las enfermedades infecciosas disminuyen su incidencia, pasando del 40% al 6% durante la época señalada. Todo el entramado estructural en los conceptos del binomio salud-enfermedad, pasó a ocuparse científicamente de lo crónico. La sociología de la salud desembarcó en la cronicidad, conjuntamente con el resto de las profesiones del sistema sanitario en USA.

Es curioso observar cómo prestigiosos sociólogos del estilo de Lisbeth M. Claus e Yvo Nuyens afirman: "La evolución desde un modelo etiológico de enfermedades infecciosas a un modelo multicausal de enfermedades crónicas ha contribuido notablemente a que los médicos (y otras profesiones sanitarias) se hayan dado cuenta de las relaciones crecientes entre la biología y las ciencias sociales (36). Este acentuado discurso con la tendencia manifiesta de profesionalizar la sociología de la medicina o de la salud hacia los aspectos mórbidos inveterados destacados en este texto bajo el epígrafe de medicina y

sociología, daban pie para advertir la enorme posibilidad que se presentaba como incursión epistemológica de la referida rama científica.

En un agudo artículo aparecido en la ya mencionada revista PAPERS, Amando de Miguel opinaba lo siguiente: "los clientes de una clínica geriátrica de moda son tratados como residentes o incluso como turistas, no como enfermos. Se tiende a considerar, en el caso de mayor exageración, que lo normal es estar sometido a tratamiento. La erradicación de las enfermedades infecciosas ha sido uno de los logros más espectaculares de la tecnología moderna. Ha sido efectiva, rápida, económica y aceptada por todos los países, culturas y grupos, con poquísimas excepciones. Acostumbrados a este éxito no nos damos suficiente cuenta del fenómeno tan distinto que supone el acabar con las enfermedades crónicas" (37).

Aparece pues, una línea divisoria horizontal, que separa de forma clara todo lo correspondiente a las enfermedades infecciosas y a las morbilidades de tipo crónico. Sobre esta gran demarcación diferencial, intervienen todas las ciencias y subespecialidades: las médicas, las biológicas, las sociales. Entre todas estas, las virológicas, epidemiológicas, las de historia de la medicina, medicina social, medicina preventiva, antropología social, sociología de la salud, etc.

En su ya clásico libro, y varias veces ponderado en esta investigación, sobre *Sociología de la Medicina*, Isidoro Alonso Hinojal llama la atención sobre la orientación individual de la medicina que aparece como excluyente en la teoría del conocimiento de las ciencias sociales característico del estudio de los grupos, colectivos y sociedades (38). El mencionado autor, se apoya justamente en los factores de la aniquilación de las enfermedades infecciosas (epidémicas), en éxitos de la bacteriología erradicadora de agentes mórbidos como en el caso de la viruela o la difteria.

La hipótesis propuesta en este trabajo, intenta demostrar una cobertura distinta, sobre todo en cuestiones de estructura social, especialmente en política, ideología, etc. referidas a la salud colectiva de una población. Asimismo, a la importancia fundamental de las ciencias sociales en relación a las epidemias y en esta tesis, la particular importancia de situar los aspectos anómicos y marginales, en conjunto e individuales, de todas las sociedades, frente a las poblaciones expuestas al SIDA.

Por tanto, no se trata de refutar la tesis de los sociólogos dedicados a investigar en medicina, salud o sanidad y en cuestiones relacionadas a la división entre enfermedades infecciosas y crónicas, que por una situación temporal en el momento de sus investigaciones, han descartado las epidemias como objeto formal de estudio. No debe olvidarse, que casi todo ello se escribió antes de la aparición del SIDA. Por tanto, se matiza que ambas cuestiones, lo crónico y lo epidémico requieren de la participación y el estudio de las ciencias sociales en general y de la sociología de la salud en particular.

Es así como se puede internalizar, que en la llamada línea de "convergencia" entre la medicina y la sociología a través de las teorías del conocimiento de las mencionadas ciencias, se afirmara fervorosamente en la década de los años 70, que una de las grandes posibilidades del trabajo multicisciplinar se debía a los cambios de la morbilidad "al ser vencidas las enfermedades infecciosas ganando relevancia las crónicas, forzando a la consideración de factores sociales diversos", "mayores cambios relativos al medio social del medio físico", "giro en los objetivos de salud pública hacia aspectos sociales y formas de vida", "el desarrollo de la psiquiatría moderna" (39). A lo que debe agregarse cuestiones tales como los factores en la asistencia sanitaria, aspectos económicos referidos a los costes en salud, la organización pública de la medicina, etc.

Esta dualidad (enfermedades crónicas/enfermedades infecciosas) apuntada a lo largo del presente capítulo, ha sido recogida por otros intelectuales que coinciden con esa apreciación. En el caso tal vez más clásico entre los autores y manuales de lectura obligada, Rodney M. Coe señala después de formular las discrepancias entre medicina y sociología, los factores de convergencia (40). "El siglo pasado asistió a lo que se ha denominado la conquista de la enfermedad epidémica" para luego señalar a lo largo del capítulo, cómo las enfermedades crónicas han permitido a los médicos, al desaparecer las enfermedades agudas, ocuparse de todo lo social que sobreviene en tiempos prolongados de la morbilidad en individuos o en grupos humanos. Asimismo, es sabido que la atención de algunas enfermedades crónicas son el producto de causas infecciosas. El ejemplo de la otitis media creando sordera, o las infecciones estreptocócicas presentando reumatismo cardíaco, avalan las consideraciones expuestas.

El desarrollo pues, de la medicina y de la sociología, más aún, de las ciencias de la salud, incluyendo la salud y la enfermedad, la sanidad y sus estructuras de funcionamiento, el rol del enfermo, del personal sanitario, las instituciones hospitalarias, se han adaptado a la morbimortalidad de poblaciones sometidas a multicausalidades crónicas.

12. EL MODELO DE INTEGRACION EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

En el año 1979, por tanto hace más de una década, la Organización Mundial de la Salud, difundía lo que desde esa institución se consideraba como evolución de la ciencia médica, llegando hasta el año 2.000. Destacando particularmente, que para final del siglo, la mencionada ciencia entraba en los parámetros que comprendían la "era de la ciencia política", cuyos principios y fines estarían orientados hacia la población en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de todo el cuerpo político, la enseñanza dentro de indicadores de neto predominio de las ciencias sociales, la investigación sobre los mismos índices para procesos intersectoriales y en redes y, finalmente, la observación de las ciencias del comportamiento, interrelacionadas en equipos intersectoriales.

LA EVOLUCION DE LA CIENCIA MEDICA HASTA EL AÑO 2000
Desde la era empírica hasta la era de la salud entendida como ciencia política

	Era empírica	Era de las ciencias básicas	Era de las ciencias clínicas	Era de la salud pública	Era de la ciencia política
	1850	1900	1950	1975	2000
Orientación	Orientación sintomática.	Orientación bacteriológica o patológica.	Orientación individual.	Orientación comunal.	Orientación a la población.
Principios y fines	Diagnóstico y tratamiento púrico de los síntomas.	Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.	Diagnóstico y tratamiento de casos individuales.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la comunidad.	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de todo el cuerpo político.
Enseñanza.	Lecciones magistrales. Instrucción autoritaria.	Enseñanza de laboratorio.	Instrucción clínica. Aprendizaje "a la cabecera del enfermo".	Instrucción en salud pública. Aprendizaje en comunidad.	Experiencia social. Conocimientos de economía y sociología. Aptitudes de gestión. Psicología política y procesos políticos. Programación nacional.
Investigación	Historia.	Básica de laboratorio. Perfeccionamiento de nuevos medios.	Perfeccionamiento de técnicas clínicas.	Comunitaria. De desarrollo de la comunidad. De índices y criterios de técnicas de planificación.	Índices sociales y económicos de desarrollo de la salud. Índices subjetivos de calidad de la vida. Procesos intersectoriales. Procesos en redes.
Ciencias del comportamiento	Desconocidas	Innecesarias	Secundarias	Integradas	Interrelacionadas
			Ciencias sociales auxiliares de la medicina.	Ciencias sociales. Aptitudes muy compleja igualdad con la ciencia de la salud pública.	Ciencias sociales. Ciencias de la salud ciencias políticas y económicas.
		Actividad individual.	Necesidad de grupos de especialistas.	Equipos interdisciplinarios	Equipos intersectoriales.

Fuente: Salud Mundial, Junio 1979.

Una nueva consideración a lo señalado, permite afirmar que, la medicina tradicional ha dejado de transitar por caminos donde la finalidad residía sólo en el arte de sanar. El término sanador, englobado en las humanidades médicas que al decir de Pedro Laín Entralgo, irrumpe en el nuevo modelo sin dejar de lado el condicionante humano del enfermo-

paciente, practicando en ellos la medicina clásica. Concomitantemente, integrando "la historia, la sociología, la ética, la estética, la antropología filosófica, y la antropología cultural" aplicados según Laín Entralgo al "conocimiento de la particular realidad que el médico tiene que habérselas, el hombre enfermo" (41).

La medicina ocupa, qué duda cabe, un papel importante en todo el devenir teórico y práctico del modelo, aunque integrando un campo de actividad, cuya realidad se hace cada vez más social, más cercana a las ciencias sociales. Es posible pues, prolongar la vida y vivir mejor sobre paradigmas culturales de la antropología tradicional y urbana; de todo lo subjetivo y objetivo de las motivaciones, de la conducta, como aspectos de la psicología. De los indicadores económicos de crisis, recesión, despegue, consumo o pauperizaciones sociales. Finalmente, del hombre escenificando su papel, siempre "controlado", entre variables interdisciplinarias.

Inversamente a integración, emerge la idea de conflicto, desarrollado pormenorizadamente en el primer capítulo, su adecuación al proceso dinámico y evolutivo en el modelo médico, aparece contrapuesto tanto a nivel teórico como práctico a la problemática del orden y del equilibrio social. Estos parámetros resultan esenciales en teoría sociológica, entre el consenso de los elementos sociales (Rousseau) y el cambio social, contradictorio y coactivo entre sus elementos (Hobbes). Sobre este jeribequé veloz, casi en penumbra, se mueve aún, el gran modelo tradicional de la medicina curativa, en conflicto con las ciencias de la salud. La historia de la medicina en España, representa un buen ejemplo. Existe entre muchos estudiosos del tema la certeza de tres estadios históricos fundamentales, representados por J. Letamendi, humanista médico de mitad del siglo XIX, Gregorio Marañón, primera mitad del siglo XX, y dentro del periodo histórico-médico actual, Pedro Laín Entralgo.

Antiempirista y rechazando la ciencia experimental el primero; humanista, literato, historiador, moralista, y liberal, Marañón, del

cual opina J. de Miguel, que es imposible entender la sociología de la salud sin leer a este fenómeno integrador de las ciencias. Por último, Diego Gracia Guillén en su estudio sobre la obra de Laín Entralgo señala la mención "descargo de conciencia" de Laín cuando justificando su dedicación plena a la investigación de la historia de la medicina expresaba "la, para mí, ya irrevocable empresa de cultivar con seriedad una historia de la medicina explícitamente orientada hacia la antropología médica". Para Guillén, la historia y la teoría de la medicina o filosofía médica han encontrado su localización final en el hombre y todo lo social que lo completa (42).

Reajustando proyectos históricos, mucho más cerca de modelos sociológicos críticos, María Angeles Durán desarrolla la idea del conflicto en valores axiológicos relativos a la salud, la enfermedad o la medicina, haciendo mención a André de Vries, que nos permite avanzar sobre arquetipos contradictorios y conflictivos, que Durán Heras analiza en la "Construcción social de la enfermedad" (43). En opinión de la autora y de acuerdo con el Profesor André de Vries ese encuentro paradigmático en lo esencialmente dinamizador del conflicto estaría en la resolución científica interdisciplinar de acontecimientos y fenómenos sin resolver y que resultan tan problemáticos, como "la autopsia", "la eutanasia activa y pasiva", el "aborto", el "suicidio", la "ingeniería genética", el "tratamiento de las enfermedades mentales", la "inmunidad de los médicos" y el "derecho del paciente a la información". Todo lo señalado, que no supone esencialmente ninguna novedad, continúa resultando motivo de conflictos intra e interprofesionales.

Tal vez, al excelente libro de María Angeles Durán le falte, dentro de todas las características que enumera como perspectivas sociológicas críticas en el estudio de la enfermedad, una referencia a las epidemias como objeto de estudio, con lo que hubiese completado todo lo crítico en la salud y enfermedad. Sin embargo, al indicar actividades médicas tan conflictivas como: "experimentación con seres humanos", "los trasplantes", "el tratamiento de las adicciones", "las mutilaciones",

"el control médico de la tortura", "las armas bacteriológicas", "los derechos y deberes en torno al enfermo" y, por último, "la justicia en la asistencia sanitaria", relaciona en lo que a esta investigación se refiere, por una parte, el poder del médico y de la medicina, y por otra, la confrontación social que todo ello genera (44).

Si acercamos el objeto de análisis a factores relacionados al suicidio, a la justicia sanitaria a los derechos o deberes de los enfermos y otros índices ya enunciados es evidente que existe como en las respectivas explicaciones dadas, grandes dosis de convergencias y divergencias entre científicos y profesionales. No obstante, no aparecen desde las ciencias sociales en España, y muy entrada la década de los 80, investigaciones, estudios y análisis sociales en cuestiones propias de enfermedades infecciosas, aún mucho menos, las epidemias. Nada hacía sospechar que cerca ya del año 2000, el virus del SIDA, pusiese en cuestión todo aquello que dentro de la estructura social vinculase al ser humano con la enfermedad, la muerte, los sistemas sanitarios, los hospitales, los profesionales de la atención médica, etc.

Una explicación desde la medicina social en relación al conflicto, está incluida en distintos trabajos individuales y en colaboración realizados por Javier Yuste Grijalba (45). Desde la medicina, se ha alineado con la idea de la interdisciplinariedad, y más estrechamente con modelos sociológicos, englobando las ciencias médicas a las sociales. Ahora bien, sobre el tema aquí desarrollado, se destacan las siguientes cuestiones: Por una parte, coincidiendo con posturas de la antropología médica, señala cómo la enfermedad puede constituirse para un grupo social como una amenaza a la que se enfrentan de forma antihumanitaria. De allí que pueda destruirse al enfermo o al inválido o en la misma actitud represiva, aislarlo para que no compita con los sanos, en la propia dinámica social.

B I B L I O G R A F I A

1. Ricardo Usieto (comp.) (1987) SIDA UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, Ed. Díaz de Santos, Madrid, p. 317
2. Cf: Abraam Sonis (1983) MEDICINA SANITARIA Y ADMINISTRACION DE SALUD, Tomo I: "ACTIVIDADES Y TECNICAS DE SALUD PUBLICA" y Tomo II: "ATENCION DE LA SALUD", Editorial El Ateneo 2ª Edición, Buenos Aires

A. Sonis (1975) SALUD, MEDICINA Y DESARROLLO ECONOMICO-SOCIAL, Ed. Eudeba, 4ª Edición, Buenos Aires

A. Sonis (1982) MEDICION DE LOS NIVELES DE SALUD en Walter W. Holland et al. Ed. Salvat, Barcelona.
3. Jorge Molero Mesa (1987) ESTUDIOS MEDICOSOCIALES SOBRE LA TUBERCULOSIS EN LA ESPAÑA DE LA RESTAURACION, Ministerio de Sanidad y Consumo, Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública nº 25, Madrid, p. 11
4. Elvira Arquiola (1991) HISTORIA DE LA MEDICINA, Revista JANO Vol. XL Extra abril, pp. 18-23.
5. Elvira Arquiola, op. cit., p. 23
6. Henry Sigerist HITOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA, Editorial Siglo XXI, México.
7. Henry Sigerist, ibídem pp. 86-87
8. Talcott Parsons (1976) EL SISTEMA SOCIAL, editado por Revista de Occidente, 2ª edición, Cap. X

9. Robert Strauss (1957) THE NATURE AND STATUS OF MEDICAL SOCIOLOGY en American Sociological Review, 22:202.
10. Cf. Jesús de Miguel (1978) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA Ed. Vicens Universidad, Barcelona, de 294 páginas;

Mª Angeles Durán (1983) DESIGUALDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD Ed. Tecnos, Madrid, de 180 páginas;

Francisco Javier Yuste (1971) HACIA UNA SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA Ed. Area de Ediciones, Barcelona.

Rodney Coe (1973) "SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA" Ed. Alianza, de 439 páginas.
11. John Hanlon (1973) PRINCIPIOS DE ADMINISTRACION SANITARIA editado por la Prensa Médica Mexicana, 3ª ed. en castellano, México
12. John Hanlon (1973) op. cit. pp. 83-86.
13. Talcott Parsons (1976) EL SISTEMA SOCIAL, editado por la Revista de Occidente, 2ª edición, Cap. X "Las prácticas médicas modernas", Madrid.
14. Cf. Talcott Parsons (1959) THE SOCIAL SYSTEM, The Free Press of Glencoe, Nueva York

Monografía de Parsons y Shils (1937) "Values, motives and systems of action" en TOWARD A GENERAL THEORY OF ACTION la traducción al español está editada en Editorial Guadarrama en 1968;

Talcott Parsons (1954) "The present position an prospect of systematic theory" en ESSAYS IN SOCIOLOGICAL THEORY
15. H. B. Waitzkin y B. Waterman (1981) LA EXPLOTACION DE LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD CAPITALISTA. Ed. Nueva Imagen, México, pp. 48-77.

16. Javier Yuste (1982) ENSAYOS SOBRE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. Ed. Akal Universitaria. Madrid, pp. 13-26.
17. Cf. Barry Barnes ESTUDIOS SOBRE SOCIOLOGIA DE LA CIENCIA, Ed. Alianza Universidad, Madrid, p. 63,

Robert Merton (1972) PRIORITIES IN SCIENTIFIC DISCOVERY, Amer. Sociol. Rev. Volumen 22, pp. 635-59 (Reimpreso en B. Barber y W. Hirsch (rescs.),

Robert Merton (1962) THE SOCIOLOGY OF SCIENCE, Free Press Glencoe,

Robert Merton (1968) "THE MATTHEW EFFECT IN SCIENCE". Science, vol. 169, pp. 56-63.
18. Cf. Jesús de Miguel (1976) FUNDAMENTOS DE SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA, Revista Papers nº 5. Barcelona.

Javier Yuste, (1982) ENSAYOS SOBRE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL editado por Akal Universitaria. Madrid.
19. Barry Barnes (1972) SOCIOLOGY OF SCIENCE, traducido al español ESTUDIOS SOBRE SOCIOLOGIA DE LA CIENCIA en 1980 por Alianza Editorial, Madrid, pp. 61-63.
20. Robert Merton (1980) "The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education" en AMBIVALENCIA SOCIOLOGICA, editado por Espasa Calpe, Madrid.
21. Talcott Parsons (1976) EL SISTEMA SOCIAL, op. cit. pp. 88 a 94.
22. Gianni Vattino, declaraciones al periódico "EL PAIS" el 4-05-90
23. Jesús de Miguel (1991) AVANCES EN SOCIOLOGIA DE LA SALUD, Revista JANO vol. XL, Extra Abril, Barcelona, pp. 40-45

24. Jesús de Miguel (1976) FUNDAMENTOS DE SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA, Revista PAPERS, nº 5, p. 219. Barcelona.
25. Jesús de Miguel (1978) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA, Ed. Vicens Universidad, Barcelona, p. 23
26. Cf. Jesús de Miguel (1976) "Fundamentos de Sociología de la Medicina" Revista PAPERS nº 5, Barcelona, pp. 209-239 y pp. 241-269.

Jesús de Miguel (1978) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA, Ed. Vicens-Vives, Barcelona.

Jesús de Miguel (1985) LA SALUD PUBLICA DEL FUTURO, pp. 9-13; pp. 15-41 y especialmente pp. 266-274. ed. Ariel. Barcelona.
27. Antonio Gramsci (1973) EL MATERIALISMO HISTORICO Y LA FILOSOFIA DE BENEDETTO CROCE. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, p. 26.
28. Isidoro Alonso Hinojal (1977) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA Ed. Tecnos, Madrid, p. 9
29. Jesús de Miguel (1978) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA. Op. cit. p. 15
30. María Angeles Durán (1983) DESIGUAL SOCIAL Y ENFERMEDAD, Editorial Taurus, Madrid, p. 17
31. Pedro Lain Entralgo (1973) LA MEDICINA ACTUAL, Madrid Seminarios y Ediciones, Madrid, pp. 125-126
32. Joan Artells, (1991) "LA ECONOMIA DE LA SALUD DE LOS 80" Revista JANO vol. XL, nº extra abril. Barcelona, p. 67
33. Joan Artells, ibídem, p. 67
34. Jesús de Miguel (1991) AVANCES EN SOCIOLOGIA DE LA SALUD, Revista JANO vol. XL Extra, Barcelona, p. 41
35. Cf. Isidoro Alonso Hinojal (1976) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA. ASPECTOS TEORICOS Y EMPIRICOS, Ed. Tecnos, Madrid, p. 15

Ricardo Usieto Atanda (1987) EL PARADIGMA SOCIAL DEL SIDA en SIDA.

UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. Ed. Díaz de Santos, p. 322. Madrid.

36. Lisbeth M. Claus e Ivo Nuyens (1976) "LA ENSEÑANZA DE LA SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA EN EUROPA Y USA" Revista PAPERS nº 5, Ed. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, p. 13.
37. Amando de Miguel (1976) "LA PROFESION MEDICA EN ESPAÑA" en Revista PAPERS nº 5, Edita Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, p. 150
38. Isidoro Alonso Hinojal (1977) SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA. ASPECTOS TEORICOS Y EMPIRICOS, Ed. Tecnos, Madrid, op cit. p. 15.
39. Isidoro Alonso Hinojal, op. cit., p. 16.
40. Rodney M. Coe (1973) "SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA" Alianza Editorial, Madrid, pp. 22-55.
41. Pedro Laín Entralgo (1986) "VIDA, MUERTE Y RESURECCION DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA". Ed. Ciencia Técnica y Medicina, Madrid. pp. 366-382.
42. Diego Gracia Guillén (1991) PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LAS HUMANIDADES MEDICAS Revista JAND, Vol. XL Extra, abril, pp. 111-119
43. María Angeles Durán Heras (1983) "DESIGUALDAD SOCIAL Y ENFERMEDAD". Ed. Tecnos, Madrid, p. 33.
44. María Angeles Durán Heras, ibídem p. 33.

45. Javier Yuste Grijalba (1982) ENSAYOS SOBRE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. Ed. Akal Universitaria. pp. 31-33.

C A P I T U L O I V

EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

13. LAS GRANDES EPIDEMIAS

ASPECTOS GENERALES DE CONVERGENCIA SOCIAL

13.1. INTRODUCCION

A partir del año 1981, fecha en que se denuncia los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, las reacciones sociales ante esta nueva amenaza epidémica y el comportamiento de las ciencias, científicos y público en general, ha resultado ser similar al manifestado con la aparición de otras enfermedades infecciosas transformadas en pandémicas.

En capítulos posteriores, se volverá sobre ello, pero es necesario resaltar aquí, que son precisamente las ciencias sociales en general, la sociología en particular y más concretamente dentro de ella, la disciplina encargada de la salud, las que en mayor medida han respondido con demora a la hora de ofrecer respuestas científicas adecuadas ante la llamada "peste del siglo XX"

Desde la aparición de los primeros cinco casos infectados por el protozoo *neumocystis carinii*, diagnosticados en los EE.UU. (1), hasta los últimos datos epidemiológicos de SIDA comunicados por la OMS, recogidos en el Weekly Epidemiological Record (WER) con fecha 1 de mayo de 1991, se observa que en diez años ha ido creciendo inexorablemente hasta convertirse en una nueva pandemia que azota a la humanidad. Al número total de casos declarados a nivel mundial, 359.272, que distribuidos continentalmente aparecen de la siguiente forma: 91.146 en Africa; 213.147 en América; 1.065 en Asia; 51.111 en Europa; y 2.803 en Oceanía (2), hay que añadir la estimación ponderada de la O.M.S., que según proyecciones Delphi, ha calculado que en el año 2000 podría haber entre 15 y 20 millones de personas en el mundo infectadas del virus de inmunodeficiencia humana.

Por otra parte, con toda seguridad, la infección y la enfermedad del SIDA tendrá en el futuro -por factores comentados en otros capítulos- su mayor incidencia y prevalencia en países pobres del mundo pauperizado, con lo cual, y sin querer pecar de pesimistas, aún imaginando el mejor y más utópico porvenir a los resultados sobre investigación en terapéutica y consecución de una vacuna contra la infección, todo hace pensar que el SIDA se convertirá en la mayor pandemia conocida por la humanidad.

En muchos aspectos, esta enfermedad adquiere características comunes a otras epidemias ocurridas en la historia de la humanidad. Se cree, por tanto, importante hacer un breve recorrido y comparar el SIDA con ciertas enfermedades paradigmáticas de características epidémicas padecidas en el mundo, para incidir fundamentalmente en los aspectos sociales y las respuestas políticas acaecidas durante esos fenómenos. Como es lógico suponer, el agente causal de la enfermedad ha podido producirse fuera de España, o en algún caso, dentro de nuestras fronteras. En un artículo muy agudo del profesor Robert Swenson intentando alertar en la necesidad de acometer las epidemias dándole una perspectiva histórica determina tres formas generales de examinar esas cuestiones (3). La primera, es "considerar las epidemias previas y las maneras como han afectado a las naciones, su política e incluso el curso de la historia". En la segunda, "se puede describir la anatomía sociológica interna de una epidemia, la serie de respuestas sociales y políticas que surgen a su paso". Según R. Swenson, estas reacciones tienden a ser similares de alguna manera en todas las epidemias y actualmente en el SIDA. En tercer lugar, en los aspectos en que esta enfermedad se transmite "sexualmente" (4). Resulta esclarecedor comparar la respuesta al SIDA con la réplica de la sociedad respecto a otros males transmitidos sexualmente a principios de este siglo.

No es intención de esta investigación, un análisis comparativo y sistemático de las grandes epidemias acaecidas en el mundo. Situación que, por otra parte excede al trabajo elaborado para esta tesis. Sólomente se tomará como punto de referencia algunas de ellas en sus aspectos ligados

a la investigación que tiene como objeto general de estudio, el desarrollo de todo lo inherente a la estructura social de la pandemia del SIDA. Es, pues, de todo lo relacionado a los indicadores sociales comparativos de epidemias como la peste bubónica, la viruela, el cólera, la enfermedades de transmisión sexual (ETS), la gripe, la tuberculosis y, por último, el SIDA producido por el virus de Inmunodeficiencia Humana como fase final de la enfermedad (5).

Todos y cada uno de los agentes de morbi-mortalidad extrema se han correspondido siempre y en relación directa con la estructura social de la época. Por tanto, los factores intervinientes económicos, culturales, políticos, religiosos, familiares, etc., han sufrido antes, durante y posteriormente al fenómeno epidémico, un enorme impacto social ampliamente medible. Aparecen con vigor, situaciones de anomia, marginalidad, reivindicaciones de inocencia o culpabilidad hacia los grupos expuestos.

13.2. ARTICULACION SOCIAL EN LAS EPIDEMIAS

LA PESTE BUBONICA tiene un origen indiscutiblemente muy antiguo, circunscrito a la región comprendida entre el Tigris y el Eúfrates y la desembocadura del Nilo. La primera gran epidemia indiscutida aparece en la época de Justiniano y la plaga se reprodujo varias veces durante el siglo. Hay algunas referencias de peste en los siglos XI y XII para reaparecer con gran intensidad en Europa hacia la mitad del siglo XIV, siglo de la peste negra o muerte negra. La peste diezmó la población, 25 millones en Europa y 23 en Asia. En España, tuvieron lugar las grandes peste de 1589-1592 (que afectaron a la región catalana), la catellana de 1598-1602 (que se extendió desde Santander a Andalucía, provocando medio millón de muertes), la de 1647-1652 (afectó a Aragón, Murcia y Andalucía) y la de 1676-1685 (6).

La infección pestosa determina epizootias entre las ratas, que se contagian entre sí, por canibalismo, o por medio de las pulgas. Por tanto, el agente transmisor es la pulga de la rata, roedor que se comporta como reservorio o huesped del insecto díptero afaníptero que una vez infectado, pica y contagia al ser humano. Para que este ciclo pudiese darse y convertirse en epidemia, tuvieron que suceder grandes transformaciones en la estructura social. En primer lugar, la pérdida de las cosechas en toda Europa originó que se produjese la gran transhumancia del campo a la ciudad de enormes poblaciones de campesinos. El hacinamiento y el hambre, dos cuestiones vitales dentro del entretejido social, irrumpió de manera explosiva.

Aunque la peste se hallaba desde hacía algunos años establecida en Asia, el cambio en los transportes más rápidos y eficaces, posibilitó su inclusión en Europa. Es así, como entre 1347, y 1351, todo el continente se hallaba infectado de peste bubónica. Murieron alrededor de 25.000.000 de personas, lo que supuso un tercio de los habitantes de aquella época.

Las consecuencias sociales y políticas más importantes, se hallan representadas por la inflexión demográfica durante los restantes 150 años. El encarecimiento de la mano de obra, la disminución del consumo, y por ende, la desaparición de los feudos. Se produce pues, una de las consecuencias de la transición del feudalismo en el sentido más estricto en cuanto a las categorías económicas. En relación a la medicina, el rol que distinguía al médico de entonces, pierde vigencia, creándose las incipientes ciencias médicas. Se edifican los primeros hospitales, se desarrollan medidas rudimentarias en salud pública y emergen las primeras tomas de decisión sobre higiene comunitaria. Aparece asimismo, la primera medida preventiva, la cuarentena. Se puso en cuestión la religión, la iglesia y el pensamiento religioso como doctrina. Lo que hace aparecer religiones alternativas y creencias sobre la superstición y el hechizo.

Las enfermedades asociadas a la peste bubónica y recurrentes duraron aproximadamente 150 años, y provocando una enorme movilidad en todas las capas sociales de los siglos XIV y XV.

A lo señalado, y como se verá más adelante sobre todo en el SIDA, era necesario encontrar "culpables". En el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) los primeros culpables -aún hoy se mantiene, aunque más atemperado- fueron los (h)omosexuales, los (h)eroinómanos, (h)aitianos y (h)emofílicos. El famoso e histórico "síndrome de las haches", dejaba al resto de los infectados por el VIH como víctimas inocentes. Pero, en el caso de la peste bubónica, se afirmaba que era provocada por los judíos que disponían de los pozos de agua con los cuales comerciaban, situación que originaba continuas reyertas entre los que poseían y vendían el agua potable y quienes pretendían hacerse con la mercancía. Curiosamente, tres siglos después, fue el cólera, como agente, y el agua, como reservorio, motivo real de una nueva epidemia mundial. Por tanto, ser judío representó ser los culpables del origen y difusión de la peste bubónica (mercaderes de agua), y fundamentar y legitimar las víctimas inocentes

(compradores de la mercancía) y afectados por la enfermedad y muerte de esa epidemia.

A los judíos se les eximió con el paso de los años de toda responsabilidad en la peste de los roedores, sin embargo, se acentuó el estereotipo generalizado de comerciantes inescrupulosos. A lo largo de toda la historia, este pueblo se ha visto sometido a la marginación y la anomia por distintas circunstancias. Baste como recuerdo la inquisición en España o el exterminio nazi en el período de la Alemania hitleriana, como recuerdo más reciente.

LA VIRUELA es una enfermedad infecto-contagiosa de carácter epidémico y de naturaleza virica, caracterizada por la erupción exantemática, que se acompaña a un fuerte malestar general. Irrumpió en América en la primera mitad del siglo XVI, año 1520 aproximadamente, azotando, con enfermos y muertos, desde México a Argentina. De una población nativa de aproximadamente 25.000.000 de aborígenes, murieron entre 15 y 18 millones. Aún hoy puede estudiarse en tratados historiográficos americanos, cómo esta enfermedad transmitida sólo por el hombre fue introducida en aquellos países allende los mares, antes de recurrir a la guerra, para provocar la muerte de sus habitantes por enfermedad, y conseguir la posesión de sus tierras y riquezas (7). La historia europea contradice estas investigaciones, admitiendo no obstante, que genocidios y expoliaciones se llevaron a efecto en pro de la civilización, la cultura, la lengua, la religión y el progreso. En la actualidad, el V Centenario de la Conquista o Descubrimiento de América ha reavivado estas controversias, siendo la viruela, uno de los factores que con más asiduidad se relacionan.

Se origina pues, una situación que dura 500 años. El imperio, y el conquistado. En esta polémica aparecen los culpables, los españoles, y las víctimas, los indígenas colonizados. El objeto de referencia sin embargo, es un elemento causal de enfermedades epidémicas, la viruela que fue sinónimo de expoliación, odios, guerras y brutales cambios en

todos los aspectos sociales de los aborígenes. Así, la religión, las costumbres, los alimentos, el idioma, la economía y la propia historia se transforman, en íntima correlación a los acontecimientos epidémicos. El motivo fundamental, la viruela. Como puede apreciarse, las epidemias también crean otros condicionamientos, que han sido aparcados durante muchos años. Leyes, hospitales, albergues, consejos de salud y la referencia obligada a los pobres y los indigentes. En España, Jesús de Miguel señala cómo la epidemia del síndrome tóxico, provocó la realización de la Ley General de Sanidad. La desaparición del síndrome, parece haber acabado con la posibilidad de poner en vigencia dicha ley en sus elementos fundamentales. (8) El SIDA, ocupa otra etapa histórica y, por tanto, relaciona ciertos espacios del texto de dicha ley.

Casi un siglo y medio después, el cólera ha vuelto a asolar América. En este caso, no es Norteamérica, sino América Latina que, sin un sitio exacto (puede decirse desconocido en el nuevo orden mundial), tercer mundo, o tal vez africanizándose, como consecuencia directa de la "irrelevancia en los asuntos mundiales, y pobreza endémica". Jorge Castañeda presenta según datos de la OMS, entre enero y abril del 91, 180.000 nuevos casos de cólera y alrededor de 90 a 120 millones de latinoamericanos corren el riesgo de contraer la enfermedad mencionada (9).

Las consecuencias de la pandemia, se centran en lo que Castañeda resume en "la década perdida", encontrando su hueco, entre "la drástica reducción del gasto en salud, en educación, vivienda, drenaje y bienestar social" (10).

En esta conceptualización comparativa, también se ha tratado de demostrar que el virus del SIDA ha sido provocado intencionadamente en laboratorios, posiblemente de EE.UU, para acabar con poblaciones africanas y fundamentalmente aquellas anómicas, desviadas y marginadas del resto de los ciudadanos que observan "reglas normales" en sus respectivas estructuras. Vuelve, por tanto, a ponerse en entredicho, a los

homosexuales, toxicómanos y prostitutas y a los hijos nacidos de padres con conductas y hábitos socialmente anormales, dentro de un discurso parcial del fenómeno, cuya contradicción en esos aspectos, es la idea del virus creado y provocado para acabar con todas las clases que desequilibran el planeta tierra.

EL COLERA despertó entre 1832, 1849 y 1866 en EE.UU. todas las iras de la población, ya que recayó sobre los pobres e inmigrantes. Por una parte, la pobreza era considerada como una consecuencia de la pereza y la inmoderación (11). La xenofobia a los inmigrantes se unía a la natural falta de riqueza, y sobre todo a ser considerados como los importadores del cólera. Se culpabilizó a las prostitutas y a sus clientes. Vuelven a aparecer cuestionamiento morales y religiosos. Finalmente, en el año 1854, John Snow demostró que el cólera se transmitía por el agua. Aunque tardíamente (en principio en el año 1832 se ocultó la epidemia durante varias semanas), la pandemia que se cobró miles de víctimas, propició que se aprobaran leyes de gran importancia en Salud Pública. Se establecieron albergues para indigentes, se evacuaron los barrios pobres, se controlaron los alimentos y las drogas.

Ante la amenaza de una tercera epidemia durante el año 1866 el Estado de Nueva York aprobó una ley que creaba el Distrito Sanitario Metropolitano y el Consejo de Salud de esa ciudad, aún vigentes en la actualidad, y de referencia obligada dentro y fuera de los EE.UU.

Aunque se volverá a tratar a lo largo del presente capítulo y de los siguientes, es necesario destacar que las epidemias como si de una guerra social se concibiese, provoca el derrumbe y replanteamiento de cada uno de los estratos del sistema social. Todo se cuestiona, es necesario encontrar culpables, anómicos, desviados, marginados, pero sobre todo imponer lo opuesto, las víctimas de la inocencia, la no culpabilización, lo sagrado e inalienable con la enfermedad y muerte como telón de fondo. En el libro, que se cita reiteradas veces, de Talcott Parsons "El Sistema Social" y en referencia al capítulo donde desarrolla todo lo

concerniente a la estructura social y al proceso dinámico en el caso de la práctica médica moderna, define a la salud "dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel demasiado bajo de salud (o nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional" (12). Por tanto, el rol que un individuo, en el caso de las epidemias (cientos, miles o millones de personas), están discapacitadas para cumplir con el rol que el sistema controla, acota e incorpora a cada momento social.

La enfermedad o la muerte masiva y prematura, insólita y fuera del alcance de las ciencias médicas en los casos epidémicos, impide que el individuo o múltiples personas "desempeñen su entramado completo de roles sociales" dificulta que se restituya a la sociedad la inversión que la misma ha efectuado como coste económico, como desarrollo funcional y como esperanza en los roles que se asumen individual y colectivamente dentro del sistema (13).

El fracaso de la medicina y del médico en el control del sistema sanitario o normal funcional del estado salud-enfermedad y el incumplimiento de los roles que les han sido asignados socialmente, crean en la teoría social desarrollada por T. Parsons innumerables contradicciones.

Aparece, el "tratamiento mágico", "el remedio casero", "la superstición sobre la salud" en el sentido de creencias y prácticas "pseudocientíficas". Todo ello escapa como es natural a la ciencia médica y al médico, el cual de manera individual y colectiva es cuestionado, se pierde confianza y su rol muy próximo muchas veces al sacerdocio, desaparece. Su proximidad se refleja más en la ritualidad y comprobación de la muerte o la minusvalía social permanente, que en el arte de sanar, de curar y de devolver a la sociedad a un elemento productivo y consumista.

En este mismo año, 1991, como ya hemos citado, ha comenzado en América latina una epidemia de Cólera de virulencia inusitada. Se detectaron los primeros casos en Perú, a finales del mes de Enero. La epidemia alcanzó en las dos semanas siguientes una extensión de alrededor de 1.200 km. del litoral peruano (14). Sólomente durante el primer mes se registraron 2.550 casos por día (15).

El cólera cruzó fronteras, poco después de iniciada la epidemia en Perú, y de forma veloz, se diagnosticaron casos en Ecuador, Colombia, y más tarde Chile, Brasil y México.

En el siglo XIX varios países de Hispanoamérica tuvieron cólera. El año 1895 es el último en el que se registraron casos y pareció que la epidemia fue importada por viajeros procedentes de África y Asia. En este nuevo azote, no se tiene explicación clara sobre el origen de la enfermedad, si bien, no existen dudas sobre la explicación del mecanismo de transmisión que ha originado la extensión de la epidemia, es decir, el insalubre abastecimiento público del agua y el pescado, bebidas y frutas contaminadas por las aguas residuales (16). Sin embargo, este gravísimo problema no sólo requiere medidas educativas y de prevención entre los ciudadanos, sino una oferta de verdaderas alternativas infraestructurales a nivel económico y sanitario.

Finalizaremos esta introducción sobre epidemias describiendo brevemente la gripe o influenza y las enfermedades de transmisión sexual que puede resultar suficientemente explícitas, en la demostración de la hipótesis planteada, como paradigma social. Las categorías abarcan desde las clases sociales dentro de las estructuras sociológicas de distintos tiempos históricos, y otras medidas establecidas en modelos que conciernen al hombre y la mujer, marginados, estigmatizados y rechazados como culpables de provocar las grandes pandemias de la humanidad.

La acera de enfrente la ocupan los inocentes, las víctimas de la tragedia, dando legitimación intelectual y "propiciatoria", a todos los

factores desarrollados como "desviación" dentro de las normas del sistema social y el cuestionamiento de las reglas que, como modelos de las ciencias sociales, interactúan en el entretejido de la sociedad sin limitación temporal.

LA GRIPE O INFLUENZA debida al virus de tipo A, desde finales del siglo XIX, ha producido al menos tres pandemias: la primera en 1889-1890, la segunda en 1918-1919 y la tercera en 1957. La epidemia del bienio 1918-1919 resultó verdaderamente devastadora, sembró la muerte y la enfermedad por todo el mundo (17). Se contabilizaron 20 millones de muertos en el orbe e incontables padecimientos y enfermedades asociadas. Aunque se produjo en EE.UU y se exportó a Europa, se produjeron graves problemas. Parecía cuestiones entre vecinos con el 2 de mayo como referencia traumática. En todo caso, había mucho de la creación estereotipada de las personas involucradas. Aparece así el símbolo de la homosexualidad en la legitimación discursiva. "Dama francesa", "peste española", son algunos de los calificativos estigmatizantes empleados.

Sin embargo, es conveniente señalar, que hubo otras dos pandemias de la gripe. La primera, al finalizar el siglo pasado (1889-1890) y la última, el virus asiático que aparece probablemente en la República Popular China en 1956 ó 1957. Cubrió todo el país, Hong Kong y el resto del mundo. Tiene esta pandemia algo que la liga a determinados aspectos del SIDA. El virus de la gripe fue aislado en porcinos, y en la autopsia de un paciente que trabajaba con cerdos. En New Jersey, en circunstancias compatibles entre soldados. Para aquel entonces, ser "amarillo, asiático" era sinónimo de gripe, de riesgo, de muerte. En el caso del SIDA, ha sido aislado el virus productor en el mono verde, circunstancia que a nivel sociológico resulta transcendente.

CON LA TUBERCULOSIS se puede afirmar otro tanto. En España los primeros estudios sobre esta enfermedad que incorporan indicadores sociales se dan en la segunda mitad del siglo XIX (18). Según Molero Mesa, dos

características hacían que la tuberculosis tuviera vigencia como enfermedad social: La alta frecuencia y la etiología social (19).

Las cifras oficiales de afectados en los primeros años del siglo XX suponen unos 30.000 fallecidos anualmente. Sin embargo, otras fuentes supuestamente menos sesgadas mencionan hasta 75.000 muertes por año. Sobre la etiología de la enfermedad epidémica, apareció claro que la situación de miseria, las condiciones de hacinamiento, desnutrición, esfuerzos agotadores, etc., eran las causas, entre otras, de la propagación de esta enfermedad, que se introduce siempre en forma masiva entre las estratificaciones sociales más bajas. Si bien, como se ha visto en otras ocasiones, se pueden encontrar testimonios que utilizando argumentos aparentemente científicos, intentaban explicar que la tuberculosis aparecía en individuos faltos de moral. Con la autoridad de esgrimir postulados y terminología científica se intentaba imponer una determinada moralidad (*1).

El descubrimiento de la penicilina ha dividido aún más y ha marcado con un signo más determinante a quienes todavía se enferman masivamente con la tuberculosis y por su ubicación histórico-temporal, geográfica y

(*1) En este sentido, se transcribe un fragmento escogido de la Ponencia de José Moreno Fernández, Director de la Escuela de Medicina de Sevilla y catedrático de Fisiología Humana, "mientras la salud se fortalece por el uso regular del coito, tal como sucede entre cónyuges, unidos por el amor y criados en las buenas costumbres, el abuso es un camino de perdición de salud, (...) Sucede en aquel acto un desequilibrio grandísimo en la circulación: falta sangre que estimule el cerebro, en el cual se da anemia, al tiempo que, congestionado el pulmón, se revela gran celeridad en los tejidos del corazón y de las arterias. (...) Donde es casi segura la producción de esta enfermedad, es en el desgraciado que, para excitar su lujuria y buscar placer venéreo, tuerce horriblemente su razón, produciéndose la ficción, a todas luces imposible, de que un ser pertenece a sexo diferente del que es en realidad. Cf. Conferencias Científicas leídas por los profesores en la Escuela de Medicina de Sevilla. Curso 1888-1889.

social, no cuentan con la posibilidad, de ser devueltos sanos y reiniciar así su función en el proceso productivo.

De las enfermedades "contemporáneas" más comunes, como pueden ser las enfermedades psíquicas, el estrés, los accidentes laborales, etc., también es posible afirmar que una proporción muy alta no son causados por trastornos biológicos, ahora bien, parecen socialmente posibles. Para la clase alta, todo cuanto conlleva el excesivo consumo, la competitividad, etc., mientras que para las clases bajas, el paro, la falta de viviendas, la desigualdad en las condiciones de calidad de vida, etc.

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, fundamentalmente la sífilis, la infección gonococia, el herpes genital, etc., se sabe existían en la antigüedad, pero aún en el tiempo contemporáneo representaron, de manera aguda, antes de la aparición de la penicilina y los antibióticos y, aún en la actualidad (sobre todo en el herpes genital incurable con esa terapéutica) un grave problema en muchos países y que genera una fuerte reacción social. Se trataba de un nuevo enfrentamiento, un reto epidémico que provocaba la muerte, la enfermedad, las minusvalías en deficiencias mentales, cegueras, agenesias, esterilidad, pero sobre todo, anomia, marginación, descontrol social, estigmatización por los reglamentos sociológicos, rechazo familiar y religioso. Asimismo, fracaso médico y sanitario entre otras muchas consecuencias del sistema social rector de los designios en los factores normales o anormales; buenos o malos; pecado o exculpación; lujuria o castidad; promiscuidad o monogamia; culpabilidad o inocencia.

Difícilmente han cabido para los inicios de las enfermedades de transmisión sexual, la enseñanza en sexología, la educación sanitaria, la información detallada en medidas de higiene y prevención, todo ello no hacía más que acrecentar o legitimar lo prohibido, en definitiva lo marginal y anómico.

Los primeros casos de sífilis y gonorrea entre la alta burguesía, sobre todo a las mujeres infectadas por maridos que contraían las enfermedades venéreas en prostíbulos y casas de citas, dio lugar a varias cuestiones fundamentales. Por una parte, a encontrar en las infecciones la posibilidad de ser transmitidas casualmente. Esta negación más sofisticada de la realidad causal, reproduce dentro del impacto y de la acción social lo expuesto en epidemias anteriores.

Aunque la sífilis existía posiblemente en Asia, en 1493 se dieron en Barcelona los primeros casos de sífilis que posteriormente se propagó a toda España. Esto hizo que se empezara a conocer como "enfermedad española". Pocos años después se produjeron casos sifilíticos en Francia, Italia, Alemania y en 1497 ya se había difundido por los Países Bajos y las Islas Británicas. En los países germanos se conocía por el nombre de la "enfermedad de los franceses". En 1521, Girolamo Fracastoro le dio el nombre de sífilis, empero, "tuvieron que transcurrir trescientos años antes de que se impusiera con carácter general este último término (20).

En España, el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria incluyó desde 1982 entre las enfermedades transmisión sexual y de declaración obligatoria únicamente los casos de sífilis e infección gonocócica. Durante los dos años posteriores a esa fecha -probablemente motivado por la propia consolidación del Sistema de Vigilancia- se observó un fuerte incremento en el número de casos. En 1985 se registraron el mayor número de casos de sífilis, (3.979) y de infección gonocócica, (31.250). Pero a partir de 1986 se inicia un descenso importante que llega hasta el año 1990, donde se declaran 1.685 casos de sífilis y 13.702 casos de infección gonocócica (21).

En 1990, las comunidades autónomas de mayor tasa de sífilis correspondió a Melilla (56,54), Ceuta (29,52) y Asturias (13,19) por 100.000 habitantes. En cuanto a la infección gonocócica, las tasas han oscilado entre 110,19 de Melilla y 5,25 de la Comunidad Autónoma de Murcia, por 100.000

habitantes. Las Comunidades Autónomas que presentan las tasas más elevadas son Melilla (110,19), Galicia (68,92) y Baleares (64,76) y las más bajas corresponden a Murcia (5,25) y Navarra (7,26) por 100.000 habitantes (22).

La incidencia anual de casos de gonorrea se triplicó en EE.UU entre 1963 y 1975. Sólo en ese año, fueron tratados unos 3.000.000 de casos (23). Y durante el año 1982 se registraron cerca de un millón de casos nuevos, aunque se pensaba que la cifra total sobrepasaba los dos millones (24). Sin embargo, en otros lugares, como Reino Unido y países escandinavos la incidencia es menor, e incluso está disminuyendo. Estas diferencias puede estar debidas a que en USA no se detectan y tratan de manera sistemática los contactos sexuales de cada enfermo (25).

Respecto a la sífilis, en 1974, se detectaron en EE.UU, 84.164 casos de correspondientes a los diversos periodos de la enfermedad. Se ha calculado que en el inicio de la década de los 80 podrían haber existido alrededor de 450.000 casos no tratados (en cualquiera de las fases del mal) que se hallarían en período latente y serían sólo detectables mediante pruebas serológicas (26).

En resumen, la enfermedad como suceso individual y acontecimiento social provoca alteraciones en la vida del enfermo y en sus relaciones en el entorno social. Modifica su integración social, sus roles, su interacción con la estructura misma de la sociedad. "La dimensión social de la representación de la enfermedad se da porque ella es el producto de una interpretación colectiva que cuestiona y plantea la relación del individuo con la sociedad. La representación de la enfermedad funciona como significante, como soporte de la relación imaginaria entre individuo y la sociedad" (27).

El peso de las representaciones sociales e ideológicas, construidas en periodos sociohistóricos anteriores acosados por males devastadores,

posiblemente juegan un papel muy importante a la hora de afrontar los efectos de una nueva enfermedad de carácter pandémico. Ciertas actitudes y comportamientos se han venido repitiendo en todas las sociedades en respuesta social ante la amenaza de una epidemia, entre otros:

- Renuencia a aceptar que la enfermedad existe realmente dentro de las fronteras de un país.

- Búsqueda de significados. Las explicaciones más corrientes eran la de designio de la providencia divina, supersticiones, constelaciones astrales, etc. Así, la lepra era considerada como un castigo divino que elegía a sus víctimas por ser impuros y pecadores. La peste suscitó fuertes reacciones xenofóbicas, sobre todo contra los judíos. El cólera se asociaba a los pobres e inmigrantes, los primeros podían ser culpables por haber adquirido esta condición por pereza e immoderación, mientras que los segundos eran poseedores de la doble faceta, (ser extranjeros y pobres). La gripe dió lugar a importantes conflictos y reproches internacionales. La sífilis se asoció al vicio, la corrupción moral, a los "inmundos", y por supuesto, al "extranjero". A esta enfermedad se le asignó un carácter de escándalo y vergonzante, del que aún no ha podido despojarse en nuestros días. La viruela también estaba asociada a la vida pecaminosa, antiguamente era asimilada a la sífilis, llamada entonces viruela mayor.

- Cuestionamiento de la efectividad de las ciencias médicas y surgimiento de medicinas y remedios alternativos.

- Reacciones de descohesión social y posturas, en amplios sectores de la población, favorables a la imposición de medidas discriminatorias y de rechazo social. La más frecuente ha sido el aislamiento de los enfermos y la expulsión de los "apestados".

- Fuerte impulso de las investigaciones médicas, que corre parejo a la incorporación de nuevas normativas civiles y sanitarias que siguen vigentes mucho más tiempo del que dura la epidemia.

En el caso de la epidemia que nos ocupa, la del SIDA, todos estos puntos se están dando, en algunos aspectos se observan reminiscencias decimonónicas. En principio, EE.UU, como primer país con casos de SIDA, se demoró ostensiblemente en el reconocimiento de esta enfermedad dentro de sus fronteras, que rápidamente intentó designar a Haití y a los haitianos la causalidad del mal.

La descripción de los afectados por el SIDA como "grupos de alto riesgo" también ha resultado definitiva de la necesidad de buscar culpables a una enfermedad producida por un virus. Además se ha añadido una mayor culpabilidad y responsabilidad moral en los enfermos al hacer la división entre inocentes (hemofílicos, transfundidos, y neonatos) y culpables (homosexuales, toxicómanos, prostitutas). Con la sífilis y la tuberculosis también se hizo esta categorización moral de los enfermos. Los sífilíticos inocentes eran las esposas, los hijos, los culpables las prostitutas, y los faltos de moralidad. En cuanto a la tuberculosis, no tenía la misma imagen social el enfermo burgués (hombre cultivado, romántico) que el enfermo proletario asociado al mal vivir y que en la Francia del siglo XIX se le consideraba perteneciente a las "clases peligrosas" (28).

Por otra parte, varias voces se han alzado en favor de la creación de "sidatorios" y de otras medidas que aislen a los enfermos de los presumiblemente sanos. Las creencias sobre la posibilidad de contagio casual, como darse la mano, besarse, entrar en contacto con la saliva, compartir las piscinas, respirar el mismo aire, exponerse a la transmisión por picaduras de mosquitos, beber del mismo vaso, etc., parece que no son posibles de erradicar por completo en ninguna de nuestras sociedades.

Con respecto a la etiología de la epidemia, se han barajado muchas hipótesis, desde el castigo divino hasta la fabricación genética artificial del virus por parte de expertos virólogos para acabar con ciertas capas indeseables de la sociedad (fundamentalmente, toxicómanos, homosexuales, prostitutas) pero, las manifestaciones de Luc Montagnier y Robert Gallo, descubridores del virus del SIDA durante el bienio 1983-1984, introducen un elemento fundamental y asociativo. Junto al aislamiento del virus del SIDA se le vincula originariamente con el mono verde africano. Esta primera observación no defendida a ultranza por todos los equipos investigadores, propició en la opinión pública mundial el alejamiento entre el objeto formal del estudio, el hombre, la causa, el VIH que provoca el SIDA, y objeto de referencia final, en la estructura social, en detrimento, en este caso, los simios verdes africanos. La metáfora en esta ocasión, sobrevendría de la comparación del virus del cerdo en la epidemia de la gripe y todas sus manifestaciones sociales, con lo coyuntural y metafórico en el virus proveniente de los simios.

Esto no es excluyente, en modo alguno, de que Françoise Barré-Sinoussi, Jean-Claude Chermann y Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París y un equipo de científicos encabezados por Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU., identificaran entre los años 1983 y 1984 respectivamente, un virus de la familia de los retrovirus como agente causal de la enfermedad (29). Los investigadores franceses lo denominaron LAV (siglas en inglés de virus asociado a una linfadenopatía) y los científicos norteamericanos HTLV-III (por virus T-linfoatrópico humano tipo III) (30). A este virus se le conoce en la actualidad con la nomenclatura de (HIV) o virus de la inmunodeficiencia humana (31).

Max Essex y Phillips J. Kanki de la Escuela de Salud Pública de Harvard, demostraron con sus investigaciones la presencia de virus similares al

HIV en primates no humanos, lo que ha acrecentado la posibilidad del origen en los simios del virus del SIDA (32).

En definitiva, se conceptualiza la salud como un derecho inalienable de todos los habitantes de la tierra. Sin embargo, es una aspiración, un desiderátum que no ha alcanzado aún ninguna sociedad en cuanto a la aplicación continua de los mejores conceptos y métodos de la ciencia y de la técnica para prevenir y curar las enfermedades que afectan al hombre. En este sentido, la salud no es un atributo del hombre aislado; por el contrario, la comunidad está influida, total o parcialmente, por el estado de salud de sus componentes. Los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual. La disminución de esta energía está en relación directa con la dinámica económica y social del país. En consecuencia, la atención de la salud es un derecho de la población y los gobernantes tienen la responsabilidad de velar porque sea igual para todos. Por todas estas razones, la salud es un derecho universal que distingue una sociedad desarrollada de la que no lo es, y donde se aplicarán distintos modelos políticos que tendrán inferencia directa en cada sistema de salud defendido.

Superada la discusión sobre el significado de la salud para la economía, las decisiones administrativas no deben perder de vista que la finalidad de la misma, es el hombre y su bienestar y que el hombre no es sólo un medio de la economía, sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser. Por eso, hay consenso en que ambas son componentes del desarrollo que no se excluyen mutuamente, sino que, muy por el contrario, se complementan proporcionalmente. No puede haber productividad y producción con una población que se enferma con frecuencia, ni salud con una economía injustamente repartida. Por esta razón a pesar de todas las dificultades y obstáculos, se prefiere programar el desarrollo económico y social de manera armónica, esto es, con base en objetivos para alcanzar simultáneamente el aumento del ingreso y del resto del desarrollo del ser humano dentro de la estructura social originaria.

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

"DISCRIMINACION COMO COYUNTURA DE LA COMPLACENCIA Y EL FATALISMO"

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está causado por un retrovirus humano. Ya en el inicio de 1982 Robert Gallo planteó la hipótesis de que el SIDA debería estar producido por "un retrovirus linfotrópico HTLV-I y HTLV-II, recientemente descritos por él y su grupo de colaboradores que constituían los primeros retrovirus humanos conocidos" (33). Barré-Sinoussi et al., investigadores del Instituto Pasteur de París describieron en 1983, el aislamiento de un retrovirus al que denominaron virus linfotrópico humano de células T, y se le dio a conocer por el virus asociado a la linfadenopatía (LAV) (34). Al año siguiente, es decir, 1984, Popovic et al. aislan un virus de características similares al de Barré-Sinoussi, al que denominan (HTLV-III) (35). De manera correlativa, Levy et al. del Instituto de Investigación del Cáncer, de la Universidad de California, ponen en evidencia al (ARV) ("AIDS-associated retrovirus") después de su aislamiento y que era diferente del HTLV-I (36). En 1985, los grupos de investigadores americano y francés publicaron en la revista Nature los datos obtenidos del "análisis molecular del material genético y las proteínas de ambos virus que demostraban su identidad (...) los tres virus (LAV, HTLV-III y ARV) son suficientemente similares para ser considerados variantes del mismo virus" (37). En Africa occidental, y en el año 1986, Clavel et al. determinan otro retrovirus humano en enfermos con sintomatología de SIDA, el (LAV-2) (38). Finalmente, en 1986, se uniformiza el nombre a nivel internacional, adoptado a partir de la resolución del Comité Internacional de Nomenclatura de Virus. Es así como nace el (VIH), virus de inmunodeficiencia humana que incluye al (VIH-1) y (VIH-2), que resultan los virus "productores del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" (39). Respecto al virus VIH-2, su identificación se efectuó en 1985, pero se han encontrado anticuerpos específicos en sueros

recogidos en 1966 en Africa Occidental (40). En España se han detectado algunos casos de infección por VIH-2 en emigrantes procedentes de Africa Occidental, pero no se ha extendido al resto de la población (41).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad que abarca los efectos de la definición de esa morbilidad, sobre marcadores establecidos por los "Centros de Control de la Enfermedad del Servicio norteamericano de Salud Pública". Estos criterios de declaración de enfermedad, han tenido que ser aceptados por el resto del mundo, no sin controversias. Por tanto, y hasta nuevas declaraciones de "caso de SIDA", proveniente de los CENTERS FOR DISEASE CONTROL" (CDC), de Atlanta, EE.UU., la Organización Mundial de la Salud, y el resto de las Instituciones y Organismos de todo el mundo, se rigen en todos los parámetros e indicadores de morbilidad, por los criterios de la procedencia descritos.

El SIDA propiamente dicho, supone el estadio final de la enfermedad producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), extendiéndose ésta desde una fase asintomática, a un amplio y variado espectro patológico (42). Cubre, en consecuencia, desde la "afección de ganglios linfáticos y otros órganos linfoides, al sistema nervioso central, para alterar gravemente al sistema inmune y, a través de una serie de infecciones y tumores, conducir a la muerte del paciente". La definición de caso de SIDA vendría determinado por la "presencia de una enfermedad diagnosticada de forma fiable, indicativa, al menos moderadamente, de un déficit de la inmunidad celular subyacente, con ausencia de ninguna causa de inmunodeficiencia o disminución de la resistencia que esté asociada con la presentación de dicha enfermedad" (43).

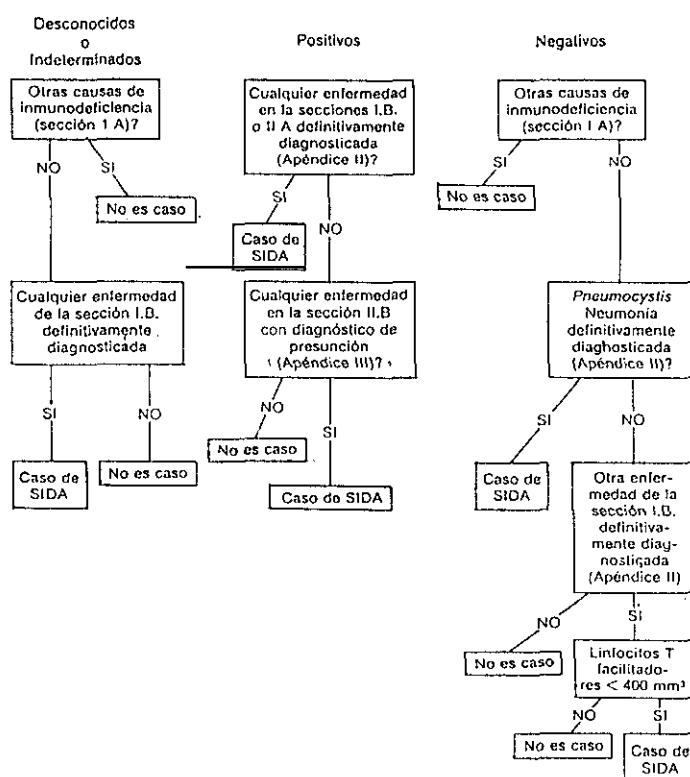
El Sistema de referencia duró hasta diciembre de 1987, fecha en que se adopta la nueva definición del (CDC), y se revisan todos los protocolos anteriores a la luz de los nuevos criterios, que condicionan la definición a los datos procedentes de las pruebas de laboratorio que señalan

la infección por el virus. Admite como enfermedades indicativas de SIDA, en el caso de existir infección comprobada por el laboratorio, la encefalopatía o demencia producida por el virus y la encefalitis subaguda. Se acepta la enfermedad producida por *Mycobacterium tuberculosis* generalizada o que afecte, al menos, un área extrapulmonar, así como el síndrome de extrema delgadez o caquéctico, caracterizado por la pérdida de peso involuntaria de más del 10% del peso base, acompañado de diarrea crónica o debilidad crónica y fiebre en ausencia de enfermedad o trastorno concurrente que los pueda explicar. En los niños se aceptan las infecciones bacterianas severas, múltiples o recurrentes, y la neumonía intersticial linfoide o hiperplasia linfoide pulmonar (44).

Cuadro 1

Diagrama de flujos para la definición revisada de caso de SIDA del CDC

DATOS DE LABORATORIO DE INFECCIÓN POR HIV (Apéndice I)



Fuente: Selik y cols. (1987), Tomado de Rafael Nájera "El problema Sanitario" en Nájera, R. y Usieto, R. (eds.) (1987) CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA, UIMP-CAS, Madrid, p.100

13.3. HISTORICO COMIENZO HOMOSEXUAL

El inicio de la pandemia comunicada al CDC en el mes de junio de 1981, no ha podido ser más espectacular (45). Todo se reunía para que las características de la enfermedad, pusiese en movimiento al mundo entero en toda la dinámica de la propia estructura de la Sociedad. Cinco casos de neumonía producidos por un protozoo parásito *Pneumocystis Carinii*, se detectan entre otros tantos homosexuales californianos, provenientes de la ciudad de la reivindicación gay por antonomasia de Norteamérica. A esta ciudad y al movimiento homosexual organizado, Manuel Castells dedica todo un capítulo del libro de mayor difusión en USA, a poco de ser editado en el año 1983.(46) Dicho texto, investiga la sociología de los movimientos sociales urbanos, la identidad cultural, liberación sexual, estructura urbana y la comunidad gay de esa ciudad de Los Angeles, contrastando una de las hipótesis de esta tesis, cual es demostrar las diferencias existentes entre el movimiento gay propiamente dicho, como vanguardia reivindicativa, y el resto del componente de hombres y mujeres homosexuales, en contextos sociológicos distintos.

El Profesor Castells, define con rigurosidad todos los acontecimientos vividos por el mundo homosexual como un movimiento social profundo, con todas las connotaciones que implican desde la marginación a la liberación gay. En sintonía con la representación pragmática y a la vez simbólica de la gran urbe estadounidense, se produce el impacto, tanto del problema homosexual ligado al SIDA, como así también el repliegue reivindicativo del movimiento gay. Como escenario, el asentamiento primario de la epidemia, en la ciudad que describe Castells, para luego recorrer y localizarse en el resto de las grandes ciudades norteamericanas (47).

Un mes después de la aparición de los primeros seropositivos al VIH, julio de 1981, se notifican 15 casos más de homosexuales californianos con neumonía por *Pneumocystis Carinii* y Sarcoma de Kaposi. Este último, resultaba un tumor extraño en Norteamérica, tratándose de personas

jóvenes. Su implantación y desarrollo había sido originaria de ancianos o de hombres y mujeres, con alteraciones del sistema inmune, encuadrado en inmunodeficiencias de personas que se hallan afectadas de drogas inmunodepresoras. Nájera señala al respecto: "ante la brusca presentación de estos casos, que se consideraban totalmente fuera de lo normal, se implantó un programa de vigilancia epidemiológica para seguir las tendencias de presentación de estas enfermedades" (48).

A los primeros 15 enfermos, se suman 26 hombres de las mismas características sexuales, aunque ahora la procedencia epidemiológica resultó ser Nueva York. El Sarcoma de Kaposi, de acuerdo con A. López Bravo, fue descubierto y divulgado por Moritz Kaposi en 1872. Tumor esporádico, propio de judíos de Centroeuropa e italianos, durante 1950. Algo más frecuente en África Central, y a partir de 1970 entre transplantados renales (49).

El disparo de salida, pues, ha correspondido a los homosexuales. La primera advertencia sería de epidemia, de contagio, de enfermedad y muerte, ha estigmatizado claramente a esta población con esos hábitos sexuales, y con una morfología social, consecuente con estados de marginación y anomia severas, que dependen de factores, fundamentalmente sociales. Aspectos largamente contextualizados en esta tesis.

Si en el primer año de casos declarados y acumulados en Norteamérica hasta septiembre de 1981, fue de 129 afectados por el virus del SIDA entre (homosexuales/bisexuales, toxicómanos UDVP, transfundidos y otras poblaciones con prácticas de riesgo), cuatro años y medio después, ya alcanzaba la cifra de 16.458, doblándose los casos en progresión geométrica.

**Casos de SIDA en EE.UU., por fechas y tiempo de duplicación
(hasta el 13 de enero de 1986).
MMWR, 1986, 35, n.º 2**

<i>Casos acumulados (declarados)</i>	<i>Fecha</i>	<i>Tiempo de duplicación (meses)</i>
129	Septiembre, 1981	—
257	Febrero, 1982	5
514	Julio, 1982	5
1.029	Enero, 1983	6
2.057	Agosto, 1983	7
4.115	Abril, 1984	8
8.229	Febrero, 1985	10
16.458	Enero, 1986	11

Fuente: Asia de la Loma "Aspectos Epidemiológicos" en R. Usieto
(comp.) (1987) SIDA UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, Madrid, p. 54

Esta segmentación histórica en Norteamérica, permite precisar que el tiempo de doblajes de casos, comienza siendo inferior a los seis meses, llegando a enero de 1986, por debajo del año. Algo más del 50% de los casos habían fallecido entre pacientes adultos y cerca del 60%, entre niños. Asimismo, la concentración epidémica entre adultos en las grandes urbes ha sido evidente, destacándose Nueva York, California, New Jersey y Florida. Esta relación de macrociudades, resulta igualmente significativa en el SIDA pediátrico, donde el 75% de todos los casos censados, han correspondido a Nueva York, Florida, New Jersey y California.

13.4. AUMENTAN LOS GRUPOS DE LA EPIDEMIA. CRECE EL MIEDO, LA MARGINACION Y EL RECHAZO

Después de constatarse en 1981 los primeros casos de SIDA, como provenientes de hombres homosexuales y/o bisexuales, existieron manifestaciones clínicas graves entre toxicómanos/as UDVP que han compartido elementos con sangre contaminada al pincharse, hemofílicos tratados con factores de coagulación que portaban VIH+, hombres y mujeres heterosexuales infectados o enfermos de SIDA, transfundidos con sangre o derivados que resultaran receptores del VIH, los hijos/as de madre seropositiva o enferma, y la combinación de alguna o varias prácticas de riesgo. En este sentido Asia de la Loma, señalaba cómo en 1981 se concretan las manifestaciones clínicas más graves, los mecanismos más verosímiles de transmisión se apuntaron en 1982, y el agente causal se identificó en 1983. Se advierten pues, tres alternativas: transmisión sexual, sanguínea y de madre infectada al hijo/a (50).

El panorama caótico se consuma con el grupo de haitianos y, finalmente, prostitutas. Todo ello hizo que tanto en Conferencias 1986, como en testimonios escritos 1987 y 1990, se completase un amplio campo de interpretación entre la estructura social, la historicidad de los acontecimientos y el portador o enfermo de SIDA, perteneciente a las poblaciones expuestas apuntadas (*2). Sobresaliendo en todas las condiciones, excepcionales grados de rechazo social, desviación, control y, finalmente, marginación y anomia. Resulta, por tanto, una hipótesis defendida y demostrada a lo largo de la tesis en reiteradas oportunidades (51). Sin embargo, se cree oportuno, ampliar el compromiso textual establecido históricamente, desarrollando el origen y modelos historiográficos sobre indicadores sociales, con la finalidad última, de

(*2) Ponencia en el Primer Encuentro sobre SIDA en Madrid y en España "SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA", 1986, CSIC. En la mesa redonda dirigida por el autor del trabajo, se hizo coincidir a homosexuales, toxicómanos (UDVP) y heterosexuales, donde se defendió la tesis de prácticas de riesgo o poblaciones expuestas en reemplazo de "grupos de riesgo".

- 129 -

certificar aún más las hipótesis propuestas dentro del objeto de estudio. (52)

13.4.1. MARCADORES HISTORICOS

El virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana se transmite por la sangre, perinatalmente, y por las relaciones y condicionamientos sexuales. Por tanto, en este último caso, su expansión y evolución adquiere comportamientos superponibles al de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), que involucran a todos los seres humanos. Esta afirmación sitúa a la epidemia en un nuevo discurso. Por una parte, la demostración científica de que el virus ataca al ser humano, en cuyo caso las diferencias conceptuales se establecen entre los factores de riesgo. Sociológicamente, porque en la evolución de esta contingencia se hallan introducidas las costumbres, los hábitos, los usos, las prácticas, las manías, las modas, las pautas, etcétera, en la relación sexual hombre-mujer y viceversa.

Si el análisis sociológico se establece entre toxicómanos/as parenterales se hace necesario agregar los factores de riesgo del perfil social de un ser humano que se pincha con agujas y jeringas contaminadas, representando los mayores índice de portadores y enfermos en nuestro país. Asimismo, a las capas ciudadanas más depauperadas y desarraigadas, con un elevado porcentaje de robos, hurtos y criminalidad, que los llevan irremediablemente al encarcelamiento, donde se reproduce y aumenta vertiginosamente la propagación de la epidemia, como asimismo, la reincidencia en la propia inoculación del virus entre la población de presos, ya seropositivos al VIH.

Sobre esta desagregación sociológica es necesario apuntar que la tipología del portador y enfermo de SIDA también varía en muchos casos, si comparamos el crecimiento mórbido entre países africanos o de Norteamérica, asiáticos o europeos. Parece claro que las relaciones de la humanidad cambian continentalmente; de ahí que el devenir intrínseco en el resultado conceptual atravesase dentro de la línea multicausal de la enfermedad, por legitimaciones diversas.

No es extraño, pues, comprobar cómo en los modelos de análisis de diferentes ciencias han coexistido únicamente los valores tendentes a demostrar que el aumento en la casuística del virus del SIDA pertenece a grupos de riesgo o de alto riesgo, agregándose a los ya señalados, los "negros" y los "hispanos", terminología acuñada y protocolizada en los EE.UU. Ahora bien, en este análisis será parcial toda relación que no supere, conceptualmente y desde la teoría del conocimiento que se enfoque, la dicotomía establecida entre los ciudadanos marginales o grupos amenazantes o de riesgo, y el devenir social intrínseco a los mismos.

13.4.2. PRIMER MARCADOR HISTORICO. EL SINDROME DE LAS HACHES

Esta situación etápica llega hasta el año 1986. Los términos "grupos de riesgo" y "grupos de alto riesgo", provienen de la epidemiología que los define como poblaciones a riesgo elevado, comprendiendo en tales cir-
cunstancias, a "el conjunto de personas que tienen -en relación con el resto de la población- una probabilidad mayor de desarrollar la enfermedad, debido a la exposición repetida o prolongada a los factores de
riesgo, por razones de orden genético o características endógenas del individuo o razones no conocidas todavía (53). En ello pueden in-
cluirse, desde factores de riesgo en fumadores, obesos, alejados del deporte o fatiga permanente. En ninguno de los casos, ni el obeso, ni el
fumador, ni el antideportista crean ansiedad, miedo o marginación, ni en
la población, ni en los propios afectados que normalmente desconocen
pertenecer a ningún grupo elevado de riesgo.

De igual modo, serán "grupos de riesgo" en accidentes que provocan la muerte o invalidez en todos aquellos que utilicen el automóvil o el ciclomotor como deporte, diversión, transporte, acrecentado por la no utilización del casco o el cinturón de seguridad.

En cuanto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, los "grupos de riesgo" han tenido las siguientes consideraciones etápicas:

Grupos de riesgo	(H)omosexuales-bisexuales
Grupos de alto riesgo	(H)eroinómanos
	(H)emofílicos
	(H)aitianos

La legitimación epidemiológica transmitida fuera de esta disciplina médica, involucra grupos de riesgo que se acompañan "per se" en el SIDA con el de homosexuales-bisexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitia-
nos. Cada uno de estos conjuntos humanos, representan una parte impor-
tante de implicación sociológica con determinada ideología, religión,
trabajo, estigmatización, etiquetación, delincuencia, cárcel, manico-
mios, etc. En esta etapa, los medios de comunicación de masa (prensa,

radio y televisión), han representado agentes sociales directos entre la simbiosis que se produce sobre la noticia del SIDA y el receptor de la misma. Salvo contadas publicaciones, la información ha sido sensacionalista y muchas veces deformadora de la realidad.

13.4.3. SEGUNDO MARCADOR HISTORICO. FACTORES DE RIESGO

El marcador propuesto, llega hasta 1986, su desarrollo, por tanto, es muy rápido.

Una de las características fundamentales de esta enfermedad es que los acontecimientos sociales se desarrollan con enorme velocidad. A diferencia de los adelantos terapéuticos o de vacunas preventivas, el único medio capaz de frenar el avance de la pandemia ha sido el incremento en materias de educación sanitaria, educación para la salud, educación sexual, campañas y programas de prevención social del SIDA, y ciertos compromisos políticos. Entre estos últimos, ha faltado abordar totalmente el tema de la cárcel para los presos portadores y enfermos del virus del SIDA, las jeringas y agujas de un solo uso para toxicómanos y otras medidas preventivas. Este tema enormemente controvertido lleva siempre la discusión a la legalización o no, del consumo de drogas, situación que escapa a la intención de la investigación, aunque será objeto de referencia en diferentes capítulos de la tesis.

Otro asunto espinoso, como puede ser la legitimación del uso del condón en prácticas sexuales, exceptuando a la Iglesia Católica y personas e instituciones próximas confesionalmente a la misma, han respondido con auténtica contundencia a favor de su empleo como medida idónea en la prevención del SIDA, del resto de las enfermedades de transmisión sexual, y como método barrera o anticonceptivo.

Por todo lo expuesto, la segunda etapa que se explica llega hasta finales del año 1986 y pasa a denominarse factores de riesgo, persistiendo, no obstante, en legitimar, como en la anterior fase, a los grupos de riesgo y de alto riesgo con los siguientes cambios categoriales:

Grupos de riesgo	(H)omosexuales-bisexuales
Grupos de alto riesgo	(H)eroinómanos
	(H)emofílicos
	Por transfusiones de sangre
	Población africana
	Población hispana

En la nueva nomenclatura, sólo desaparecen los haitianos, cuya casuística era de N=800, que como valor epidemiológico y social resultaba mínimo en comparación, por ejemplo, con el número de casos de enfermos de SIDA en los EE.UU, que para entonces superaban ya la cifra de 30.000, y eran cientos de miles los portadores del virus de inmunodeficiencia humana. La Conferencia que tuvo lugar en Madrid en los primeros meses del año 1986 sirvió para impulsar la idea del cambio de denominaciones, y señalar frente a los representantes de la administración norteamericana y especialistas de la OMS, la inconveniencia de seguir considerando a los haitianos como "grupo de riesgo". El tema de los Haitianos no deja de ser tremendamente curioso. Haití ha representado y aún lo es, un auténtico paraíso para los norteamericanos. Dentro de todas las posibilidades que se les brinda, está también la facilidad y anonimato de contactos homosexuales. Una de las causas de la epidemia, fue la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida, entre población homosexual norteamericana y haitiana. Ello dio origen a la hache de los haitianos.

Asimismo, a medida que desaparecen las "haches", se incorporan a los factores de riesgo los transfundidos con sangre y hemoderivados, a los hispanos, y los hombres y mujeres africanos, continente endémico a la enfermedad, por transmisión heterosexual de manera fundamental. Las medidas sobre control sanguíneo y sobre los hemoderivados (donde existen), y otras formas profilácticas y técnicas sobre la sangre y sus derivados (procesos térmicos), acabaron con este factor de riesgo, exceptuando a quienes ya se hubieran contaminado, infectándose y desarrollando la morbilidad o no. Sin embargo, la enfermedad o complejo relacionado con el SIDA, puede tardar desde que se es seropositivo,

muchos años en aparecer. A este estadio, se le denomina enfermedad silente o "periodo de ventana", donde una persona es portadora del virus, pero asintomática, pudiendo durar varios años, hasta aparecer los primeros síntomas de la enfermedad.

13.4.4. TERCER MARCADOR HISTORICO. POBLACIONES EXPUESTAS

En la tercera etapa témporo-histórica, vigente actualmente, subsiste la utilización de "factores de riesgo" o "prácticas de riesgo". A la exclusión de grupos hay que señalar la incorporación textual de poblaciones expuestas, forma lingüística mucho más abierta y pragmática, y procedente de sectores de la sociología crítica. La terminología apuntada resulta de una serie de categorías nuevas para las Ciencias Sociales (como la también señalada "anticipación social"), desarrolladas y completadas para esta investigación.

Esta nueva denominación hace posible, por una parte, eliminar todo vestigio de implicaciones marginales hacia los posibles afectados; por otro lado, incluir a toda la nomenclatura de conjuntos humanos con posibilidades de tener o contraer anticuerpos al virus del SIDA o desarrollar la enfermedad. Por último, demostrar que las poblaciones expuestas, cada una con sus propias características, dependen extrínseca y endógenamente de la relación existente entre los factores de riesgo, los riesgos sociales, las causas de riesgo y, finalmente, los riesgos de epidemia.

Por contagio sexual
y/o
por contagio sanguíneo
y relación perinatal

(H)omosexuales-bisexuales
Toxicómanos parenterales,UDVP
(H)omosexual y/o toxicómano
Transfusiones antes del control
Heterosexuales (hombres)
Heterosexuales (mujeres)
Prostitutas
Prostitutos-Chaperos
Hijos de madres infectadas
Africanos
Hispanos
Inmigrantes

Durante la Conferencia Europea celebrada en Bruselas sobre "Discriminación Relacionada con el SIDA", a propuesta del grupo Arco Iris del Parlamento Europeo, los informes del Reino Unido, Alemania Federal, Italia, Dinamarca, Bélgica, Holanda, Francia y España -ésta última

representada por la Comisión Anti-SIDA de Vizcaya- señalan en su declaración final que la "discriminación relacionada con el SIDA se produce sobre la base del VIH, del SIDA, o de supuestas infecciones por el virus, y afecta a pacientes hemofílicos, mujeres lesbianas, hombres homosexuales y bisexuales, presos, prostitutas, viajeros/as, hombres de raza negra, minorías raciales y étnicas, mujeres embarazadas, niños, etc. (54). La situación en Europa se caracteriza por el racismo, el sexismo, y la aversión a los homosexuales en la enseñanza, en la prestación de servicio, en las prisiones, en el mercado laboral, en la atención sanitaria, en los seguros y en el respeto de los derechos humanos" (55).

En esta antinómia, solidaridad versus marginación, el Seminario realizado en Buenos Aires, durante el mes de abril de 1989, sobre "Inmunodeficiencia de las Enfermedades Infecciosas", y la V Conferencia Internacional sobre el SIDA, Montreal, junio de 1989, han reforzado la conceptualización desde todos los sectores científicos, señalando fundamentalmente la no marginación de los colectivos humanos expuestos a la epidemia. Asimismo, la solidaridad con los afectados portadores o enfermos de SIDA, y las medidas inmediatas en base a una información amplia y adecuada hacia el público, prevención sanitaria, educación sexual y salud, declaración sanitaria sobre utilización de preservativos, control sanguíneo y de hemoderivados en los países que aún no hayan impuesto esta medida, aumento de los presupuestos nacionales para campañas contra el SIDA, y dinamización de entidades de base sin ánimo de lucro en todo el mundo. Esto formaría parte de la estrategia mundial contra el SIDA, cuando aún no se conoce la evolución futura de la epidemia del VIH, y los adelantos en materia de vacunas y terapéutica no evolucionan al ritmo social de la enfermedad. (56)

Asimismo, las poblaciones expuestas al SIDA con mayores indicadores casuísticos están acompañadas de gravísimos problemas de convivencia social, por depauperización económica, educacional, laboral, etc. Tal vez el ejemplo más claro sea el del toxicómano con SIDA, encarcelado por

robar y poder conseguir la droga. A este respecto, Harvey V. Fineberg, en *Scientific American*, expresa: "El consumo de drogas por vía intravenosa encuentra un terreno abonado en las zonas aquejadas por graves problemas de desempleo, falta de vivienda, dependencia de la beneficencia, prostitución, delincuencia, abandono escolar y madres adolescentes. Se trata de situaciones tan interrelacionadas que, a largo plazo, resulta imposible resolver ninguna de ellas sin crear antes la infraestructura básica de empleos, colegios y viviendas necesarias para cualquier comunidad". (57)

En las hipótesis sobre las dimensiones, como las descritas para esta investigación, se han desarrollado dentro del concepto de anticipación social, en el primer capítulo de la tesis.

Estas primeras aproximaciones históricas, permiten adentrarse, en el problema real del estudio, uno de cuyos exponentes fundamentales, es la relación causal y el efecto producido, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en España, ocupando uno de los objetivos centrales de la investigación.

14. PROBLEMATICA ESPAÑOLA FRENTE AL SIDA

Al igual que en Norteamérica, el primer enfermo de SIDA diagnosticado en España, ocurre durante el año 1981, y también se trataba de un homosexual masculino. A un ritmo mucho más lento que en USA y otros países de Europa, en la casuística, como así también en la tipología de las poblaciones expuestas o con prácticas de riesgo frente al virus VIH, comienza un despliegue que se localiza en grupos fundamentalmente marginados.

Así, al primer caso homosexual, le siguen otros dos en 1982 que pertenecían a toxicómanos por vía endovenosa (heroínómanos) y contagiados por compartir agujas y/o jeringas contaminadas, y dos seropositivos más, como receptores de hemoderivados, ocasionalmente hemofílicos. Para aquellas fechas, la distribución semántica en España, representaba perfectamente al fenómeno de las haches, con todas las implicaciones señaladas en el capítulo dedicado a la cuestión, y a niveles de las ciencias médicas, muy especialmente los sectores provenientes de la epidemiología, resaltando a los grupos de riesgo, de gran riesgo, etc. Cuando ésto se escribe, promediando el año 1991, son pocos los especialistas de esas profesiones que han modificado mínimamente la contextualización discriminatoria en forma de expresión verbal y escrita.

En 1983 se cuentan ya, doce casos, de los cuales tres fueron clasificados como adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) de acuerdo a la nomenclatura utilizada hasta muy recientemente. En la actualidad se ha adoptado la de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (58). Esta denominación se mantendrá a lo largo del presente texto. El resto de casos diagnosticados en 1983 eran cuatro homosexuales (HO), cuatro hemofílicos o receptores de hemoderivados (RH) y el último compartiendo dos grupos, UDVP y a la vez homosexual (HO).

A este respecto, tanto en el número de casos como a la cualificación epidemiológica de los mismos, Nájera, señala: "En España, en mayo de

1983, cuando sólo había nueve casos registrados, se crea la Comisión Nacional de Trabajo sobre el SIDA, que adopta la definición del CDC y un protocolo normalizado. (En aras de la verdad histórica, debemos precisar que en mayo de 1983, sólo se habían reconocido en España dos casos, los restantes se reclasificaron después por la fecha de diagnóstico)" (59).

Esto confirma la hipótesis de lo inesperado del fenómeno entre los españoles, un lento desarrollo en la primera etapa de la epidemia en medidas preventivas, poca uniformidad de criterios desde la Administración del Estado, y mucho menos entre Autonomías o las propias delegaciones sanitarias estatales, y la firme voluntad y obediencia a disposiciones provenientes del CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) de Atlanta en Norteamérica. Es posible también, que el Ministro de Sanidad y Consumo que ocupaba la Cartera en aquel momento, D. Ernest Lluch, -que a través de su política demostró un gran desinterés por el tema, y no creyó nunca que se tratara de un problema pandémico- propiciase con su demora, falta de rigor y ambivalencia, un retraso en la adopción de posicionamientos efectivos contra la expansión de la epidemia y su normalización como enfermedad (*3).

Así pues, el estatus de las tres epidemias que describe Jonathan Mann, como la "epidemia de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de las enfermedades unidas al VIH y, por último, de la epidemia de respuestas políticas y sociales al VIH"; sobre todo ésta

(*3) Ernest Lluch, se caracterizó por una gran falta de sensibilidad hacia la problemática del SIDA. Pese a los reiterados intentos de las Organizaciones no Gubernamentales, sobre todo, Comités Ciudadanos Anti-SIDA, de conseguir una respuesta favorable para iniciar acciones conjuntas en contra de la epidemia, el ex-ministro -cesado sin que cumpliese su mandato- no desarrolló en ningún momento este tipo de acciones que, luego, se comprobaron de gran utilidad. Julián García Vargas, su sucesor en el cargo, produjo una verdadera plataforma de lanzamiento del Gobierno. Su política resultó impecable en varios aspectos, como la captación de sectores normalmente conflictivos y marginales, y apoyando a los Comités Anti-SIDA y propiciando la participación de los ciudadanos en actitudes solidarias.

última parte, tuvo escaso eco y respuesta. Las dos primeras, resultaban todavía minúsculas, y fueron muy pocos los científicos e intelectuales, como así también el resto de las organizaciones ciudadanas y la propia población general española, que se concienciaron ante la epidemia de mayor trascendencia del siglo (60).

Asimismo, los medios de comunicación, en el inicio de la epidemia, no habían reaccionado periodísticamente en relación al fenómeno y, por consiguiente, la mass media, el receptor de la noticia, todavía no se habían informado por dichos canales de la dimensión del SIDA.

En España fue la muerte de Rock Hudson en 1985 que, unida a la manifestación del actor norteamericano sobre su enfermedad y sobre todo, la propia condición de homosexual, quien dispara el tema en la prensa española. Estos indicios, permitían suponer un gran auge en el mercado comercial y, por ende, una gran recepción entre los decodificadores de las informaciones sobre el SIDA, adquirentes de periódicos.

Existe un estudio sobre el "Análisis explicativo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en los medios de comunicación social escritos", efectuado por el autor de la tesis (61). En dicho análisis se recoge toda la información sobre el SIDA en tres periódicos de gran implantación (ABC, EL PAIS y YA) de características ideológico-políticas distintas entre ellos, con dimensiones geográficas que abarcan prácticamente la totalidad del territorio español, reconocidos y leídos fuera del ámbito nacional. Asimismo, resultaban comparativos entre sus secciones de mayor relevancia. El corpus total de datos reunidos en el año 1985, dio como resultado que no se llegase a 300 comentarios entre "Noticias y Artículos" (62).

Cuadro 2

<i>Periódicos año 1985</i>	<i>Promedio de difusión</i>	<i>Semanal o dominical</i>	<i>Noticias y artículos sobre el SIDA</i>
«EL PAIS»	347.512	583.411	(T) 146 (N) 76,7 % (A) 23,2 %
«ABC»	157.205	300.191	(T) 95 (N) 92,6 % (A) 7,3 %
«YA»	96.186	144.651	(T) 53 (N) 100,0 % (A) 00,0 %

Fuente: Ricardo Usieto (1987). EL PARADIGMA SOCIAL DEL SIDA en SIDA UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, p. 332. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

Sin ser una cantidad deseable, el SIDA ya vendía y vendería mucho más en todos los ámbitos. Año tras año, ha ido superándose en cantidad y calidad de información. No es éste, por supuesto, el tema más importante. Recalando en el propio informe señalado, puede percibirse cómo, la trascendencia de la comunicación escrita reside en el valor fundamental que la prensa desempeña en la creación y producción de normas, valores, estereotipos, etc., entre quienes dirigen los conjuntos humanos y la opinión pública. Vidal Beneyto, señala al respecto: "Los llamados periódicos de élite o de calidad o de prestigio, parecen ser hoy los instrumentos más decisivos para la conformación de la opinión pública (63). En este sentido, la prensa ha cumplido y en la actualidad resulta fundamental, un papel trascendente en todo el fenómeno del SIDA.

En un análisis de contenido sobre la imagen del SIDA en la prensa española, realizado en 1988, donde se investigaron cinco periódicos: ABC, Diario 16, EL PAIS, La Vanguardia, y YA, se obtuvo que ya no eran, solamente, las noticias sobre SIDA de corte más sensacionalista las que obedecían al interés periodístico, sino que se primaba y destacaba la retórica científica médica sobre la socio-política. La imagen que los

medios de comunicación transmiten a la sociedad confirma la marginalidad de los enfermos y portadores de VIH. Estos carecen casi absolutamente de legitimidad para decir algo sobre la enfermedad y se constituyen con frecuencia como objetos de la misma (64).

Puede afirmarse, que junto a otros medios de comunicación, la televisión y radio han creado un puente formidable, entre el emisor, científico médico, virólogo, sociólogo, etc., y el receptor del informe, ciudadano en un primer momento indefenso e incauto. Así pues, prácticamente toda la población española tiene la información que a través de estos medios, de manera casi exclusiva, se ha impuesto en el planteamiento de las cuestiones relacionadas a la epidemia causada por el SIDA. A finales de 1988 y para este estudio, se realizó un trabajo de opinión, donde se recogía en qué medida y de qué forma, la población general y las poblaciones expuestas al VIH, habían recibido la noticia de la pandemia, que resultó significativamente proclive a estos medios de comunicación sociales.

14.1. LA EPIDEMIA DEL SIDA EN ESPAÑA. ACTUALIZACION AL 02-04-91

Durante la última Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Florencia, en el mes de junio del año 1991, y cuyo sugestivo lema ha sido: "VII CONFERENCIA INTERNACIONAL: LA CIENCIA DESAFIA AL SIDA", se ha puesto nuevamente en evidencia, la gran dificultad en hallar una vacuna para prevenir la infección por el VIH, como así también una terapia que pudiese acabar con la enfermedad o con las consecuencias entre pacientes seropositivos antes de que desarrollen dicha morbilidad o complejo relacionado con el SIDA.

James Chin, responsable del "Area de Vigilancia del Impacto del SIDA, del Programa Global de la OMS", estima que el número de infectados en el mes de mayo del 91, se situaba en torno a "9-11 millones, de los cuales, 3 millones son mujeres, y un millón, niños". Para el año 2000, las previsiones orientan las cifras a 30-40 millones de seropositivos, y el 90% se localizarán en países del tercer mundo. James Chin agrega que, el 25% serán niños, y que en el siglo XX, la pandemia habrá dejado de 10-15 millones de huérfanos (65).

Asimismo, la prevalencia e incidencia del SIDA en países del continente negro y el resto del grupo de las naciones pobres, la edad media de vida se reducirá en 10 años, alejándose progresivamente la epidemia de los centros de poder industrializados y ricos. El camino de la epidemia, es la ruta del hambre, del subdesarrollo, de la pauperización. Tener anticuerpos o desarrollar SIDA, es estar al margen del desarrollo económico, social y político. Finalmente marginados, estigmatizados y anómicos.

Algunas cifras estremecen. En Africa, en la actualidad, se calcula que existen 6 millones de infectados (*4). Esto afecta a uno de cada 40

(*4) Debe señalarse, no obstante, que todos los casos no censados o no registrados en el CDC, como acumulación, son cifras estimativas. Por otra parte, todo lo que corresponda a seropositivos, es decir, quienes

hombres y una de cada 40 mujeres. Las edades están comprendidas entre 15 y 49 años, y la principal vía de transmisión, es la heterosexual. La pandemia va a aniquilar al segmento poblacional, donde se basa el presente y futuro de cualquier pueblo, incluidas la producción económica y la reproducción de la raza.

Por todo lo expuesto, los datos que se analizan para esta investigación, están en permanente movilidad. Asimismo, durante el transcurso de la VII Conferencia Internacional de Florencia, se ha propuesto por las autoridades científicas norteamericanas, una nueva valoración de CASO DE SIDA, cuyos determinantes originarán cambios sustanciales sobre cantidades de personas consideradas enfermas, como de igual forma, los tipos de patología asociada con el SIDA.

no hayan desarrollado aún la enfermedad, no tienen posibilidad de registro total, sólo parcial y en determinados pacientes. Sin embargo, los cálculos matemáticos epidemiológicos, como así también, sociólogos, han previsto las casuísticas apuntadas.

14.1.1. NUMERO DE CASOS

Con todas estas advertencias previas, es posible establecer que, en España, el número de casos registrados y acumulados desde el año 1981, hasta el 02-04-91, es de 8.199, de los cuales, 261, son casos en edad pediátrica (3,18%); 7.872 adultos (96,01%) y el resto, en número de 66, es decir, 0,80%, de edad desconocida.

Cuadro 3

SIDA EN ESPAÑA: DATOS DESDE 1981, TOTAL NACIONAL CASOS POR EDAD SEGUN POBLACIONES EXPUESTAS. FECHA DE ACTUALIZACION: 02-04-91

EDAD/ GR. RIESG	HOMO	ADVP	HOMO + ADVP	R. HEMOD	R. TRANS	HMR	TRA HET	OTROS	DESC	N.C.	TOTAL
< 1	0	0	0	0	3	102	0	0	1	1	107
1 - 2	0	0	0	0	3	61	0	0	0	2	66
3 - 4	0	0	0	0	1	28	0	1	1	1	32
5 - 9	0	0	0	21	3	9	0	0	1	0	34
10 - 12	0	0	0	20	1	0	0	0	1	0	22
TOTAL PEDIATR.	0	0	0	41	11	200	0	1	4	4	261
13 - 14	0	1	0	14	1	0	0	0	2	0	18
15 - 19	1	69	0	33	3	0	5	1	3	0	115
20 - 24	63	1021	28	47	4	0	49	4	21	0	1237
25 - 29	182	2339	110	28	7	0	99	16	68	2	2851
30 - 39	554	1664	89	62	11	0	132	17	105	3	2637
40 - 49	375	79	13	25	17	0	44	16	71	2	641
50 - 59	127	0	1	20	25	0	34	6	43	1	266
60 y más	32	1	0	14	27	0	11	1	21	0	107
TOTAL ADULTOS	1334	5182	241	243	95	0	374	61	334	8	7872
EDAD DESCONO.	5	53	3	2	0	1	0	0	1	1	66
TOTAL	1339	5235	244	286	106	201	374	62	339	13	8199

HOMO=Homosexual/Bisexual;ADVP=Adictos a drogas por vía parenteral;
R. HEMOD=Receptores de hemoderivados; R. TRANS=Receptores de transfusiones
sanguíneas;HMR=Hijos de madre de riesgo;TRA.HET=Transmisión
heterosexual;DESC=Grupo de riesgo desconocido;N.C.=no consta.

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA.

DEFINICION DE CASO CDC 1987/OMS, 1989

La mayor concentración de casos de SIDA, proporcional por edades se produce entre los 20 y 39 años, suman 6.725 casos censados, lo que

representa el 82,02% del total. Destaca asimismo, el hecho de que en edades pediátricas, el 41% de los casos correspondan a niños menores de un año, y el 66,28% del total de párvulos, no superen los dos años. La explicación viene dada, por el hecho de que algo más del 76% de la muestra, son hijos/as de madres de riesgo (HMR), quienes transmiten a sus vástagos la infección en el útero, en el parto y/o durante la lactancia. Del resto de casos pediátricos niños, 52 de ellos se infectaron como receptores de hemoderivados (RH), o receptores de transfusiones (RT), incidiendo entre los 5 a los 12 años y de los 9 restantes se desconoce el factor de riesgo.

Finalmente, como hecho destacable, resaltar que España supera, con gran diferencia, el 2% de los casos pediátricos registrados a nivel de todo el mundo, colocando a este segmento de la población española en primer lugar de todos los países censados (66).

Este hecho se debe a que tanto los infectados como los que desarrollan SIDA en España, tienen como causa principal la de ser usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), por tanto, considerados, en su gran mayoría, heterosexuales, cuyas madres paren hijos/as con alto riesgo de infección por VIH.

En cuanto a las poblaciones expuestas cuyas prácticas de riesgo las hacen más vulnerables al virus del SIDA, prevalece la de toxicómanos/as UDVP, quienes acaparan el 63,84% de todo el corpus de datos, significando numéricamente, 5.235 personas. Proporcionalmente, la siguiente población con mayores índices de SIDA, está representada por los homosexuales, cuya casuística alcanza a 1.339 infectados, suponiendo el 16,33% de casos declarados.

Por tanto es posible afirmar, que el SIDA en España se localiza, en primer lugar, entre UDVP que no controlan sus prácticas de riesgo, le sigue, muy alejados proporcionalmente, los homosexuales y, luego, los demás grupos, HOMO+UDVP, R. HEMOD, R. TRANS, HMR, TRA HET, OTROS, DESC y

N.C., representando porcentajes mucho más pequeños que los anteriores, aunque es necesario destacar la proporción creciente dentro de su reducida dimensión, de los enfermos por Transmisión Heterosexual (4,6%).

14.1.2. CASOS POR AÑO DE DIANOSTICO

El cuadro correspondiente ofrece una panorámica muy amplia de los casos por año de diagnóstico, según pertenezcan a cada población expuesta y sus prácticas de riesgo.

Cuadro 4

SIDA EN ESPAÑA. DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL. CASOS POR AÑO DE DIAGNOSTICO SEGUN POBLACIONES EXPUESTAS.

FECHA DE ACTUALIZACION 02-04-91

AÑO / DIAG./GRUPO / RIFSGO	HOMO + R. R. TRA HOMO ADVP ADVP HEMOD TRANS HMR HET OTROS DESC N.C.										TOTAL
	HOMO	ADVP	ADVP	HEMOD	TRANS	HMR	HET	OTROS	DESC	N.C.	
1981	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1982	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	4
1983	4	4	1	3	1	0	0	0	1	0	14
1984	10	16	2	12	1	1	0	0	4	0	46
1985	35	84	11	16	2	4	2	1	5	0	160
1986	78	236	24	35	10	19	13	0	12	0	427
1987	190	546	30	44	16	25	35	2	31	0	919
1988	299	1260	42	68	32	62	62	19	71	2	1917
1989	401	1553	68	68	26	59	121	23	112	2	2433
1990	291	1274	54	36	18	27	126	16	85	8	1935
1991	2	9	0	0	0	1	0	0	0	0	12
DESCONOCIDO	27	252	12	2	0	3	15	1	18	1	331
TOTAL	1339	5235	244	286	106	201	374	62	339	13	8199

HOMO=Homosexual/Bisexual;ADVP=Adictos a drogas por via parenteral;
R.HEMOD=Receptores de hemoderivados; R.TRANS=Receptores de transfusiones
sanguíneas;HMR=Hijos de madre de riesgo;TRA.HET=Transmisión
heterosexual;DESC=Grupo de riesgo desconocido;N.C.=No consta.

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA
DEFINICION DE CASO CDC 1987/OMS, 1989

La superposición sumatoria de años de diagnóstico y de acuerdo a la nomenclatura que se utiliza en este estudio cruzada por poblaciones

expuestas (nótese cómo para la epidemiología, siguen figurando grupos de riesgo), tiene varias cuestiones para destacar.

En primer lugar, se podría efectuar un corte en el año 1988, y el resto de los años hasta 1990, abordable hasta aquí por estar completo en toda su casuística. El indicador que llama la atención, resulta del margen sobre totales año por año, observándose, que esos datos absolutos medidos desde 1981, se triplican y duplican, hasta el mencionado año 1988, para luego significar una acrescencia del 79% en el siguiente año, y siempre, por supuesto, subiendo, cada vez menos, ocupar un indicador similar para el año 1988. Esta configuración en los índices del corpus general registrado, observa un comportamiento similar a los países desarrollados, donde comienzan a hacerse efectivas todas las medidas de prevención, promoción, educación socio-sanitaria de la población española.

Curiosamente, la discriminación en las variables apuntadas se traduce en todas las poblaciones expuestas, exceptuando aquellos ciudadanos que han reaccionado frente a la pandemia de forma más lenta. La referencia es hacia la transmisión heterosexual, que hasta el año 1984, no distinguía ningún caso, para luego aumentar, sin solución de continuidad hasta la actualidad. Aunque se ha mencionado a lo largo de la investigación, se subraya el hecho de que hay continentes enteros contagiados por la vía heterosexual, y que el futuro de la pandemia, se halla dentro de estas conductas sexuales. En este sentido, otro conjunto humano caracterizado por su gran marginación y estigmatización, ocupa el centro de la referencia científica. La referencia es a la prostitución, al usuario o cliente de la misma, y a toda la dispersión epidémica que ésto conlleva.

14.1.3. CASOS POR SEXO

En cuanto al sexo, todo permite suponer, que es el hombre el fundamentalmente implicado, representando la acumulación de 6.840 casos, el 84% de todo el registro. El resto son mujeres, es decir, 1.359, que componen proporcionalmente, el 16% del número de casos declarados. Lo que supone una relación de 5:1. Sin embargo, P. Estébanez y R. Nájera, señalan: "Durante la mayor parte de la década de los 80, el SIDA fue considerado en el mundo occidental como una enfermedad de hombres (homosexuales o usuarios de drogas por vía parenteral), aunque desde el comienzo de la pandemia se documentaron casos de SIDA en mujeres (67).

Cuadro 5

SIDA EN ESPAÑA: DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL. CASOS Y DEFUNCIONES POR EDAD, SEGUN SEXO. FECHA DE ACTUALIZACION: 02-04-91

EDAD / SEXO	CASOS				DEFUNCIONES			
	H	M	D	TOTAL	H	M	D	TOTAL
< 1	46	61	0	107	22	28	0	50
1 - 2	40	26	0	66	14	8	0	22
3 - 4	15	17	0	32	7	2	0	9
5 - 9	30	4	0	34	13	1	0	14
10 - 12	19	3	0	22	10	1	0	11
TOTAL PEDIATRICOS	150	111	0	261	66	40	0	106
13 - 14	18	0	0	18	8	0	0	8
15 - 19	80	35	0	115	36	13	0	49
20 - 24	924	313	0	1237	347	124	0	471
25 - 29	2326	525	0	2851	792	190	0	982
30 - 39	2334	303	0	2637	897	111	0	1008
40 - 49	616	25	0	641	310	12	0	322
50 - 59	241	25	0	266	133	17	0	150
60 y más	93	14	0	107	60	11	0	71
TOTAL ADULTOS	6632	1240	0	7872	2583	478	0	3061
EDAD DESCONOCIDA	58	8	0	66	16	2	0	18
TOTAL	6840	1359	0	8199	2665	520	0	3185

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA.
DEFINICION DE CASO CDC 1987/OMS, 1989.

El África subsahariana fue la región más afectada en lo que se refiere a la mujer, allí la relación hombre-mujer es de aproximadamente 1:1. En el resto del mundo, el porcentaje de casos en mujeres aún es relativamente pequeño, pero se está apreciando un aumento desproporcionado en los últimos años" (68).

La incidencia de casos entre mujeres homosexuales (lesbianas), es insignificante. Se reconoce un sólo caso de transmisión sexual mujer a mujer ocurrido en Norteamérica, entre una lesbiana y una toxicómana UDVP, quien produjo el contagio a su compañera "probablemente al intercambiar la sangre menstrual durante el sexo" (69).

El incremento se produce entre heterosexuales que se exponen al riesgo a infectarse con el VIH, con compañeros/as sexuales contaminados/as, y sin protección. Las mujeres toxicómanas UDVP, que utilizan material infectado. Las prostitutas, dado el gran número de parejas distintas y el tipo de relación sexual, muchas veces exigente en cada cliente, aumentando el riesgo y la vulnerabilidad entre mujeres dedicadas a esas tareas. Asimismo, existe una gran proporción de mujeres que contabilizan varios factores de riesgo conjuntos, como ser prostitutas, UDVP, y convivir con un toxicómano UDVP, bisexual, etc. Finalmente, el factor de riesgo del embarazo en mujeres de cualquiera de las poblaciones expuestas al SIDA y la transmisión perinatal.

Cuadro 6

Número acumulado de casos notificados de SIDA en España, por año y sexo, con relación hombre:mujer, 1981-90

Año	Total casos	% hombres	% mujeres	relación hombre:mujer
1981-84	65	98,8	6,2	15:1
1985	222	92,8	7,2	13:1
1986	629	85,9	14,1	6:1
1987	1.514	83,8	16,2	5:1
1988	2.722	83,1	16,9	5:1
1989	5.089	83,5	16,5	5:1
1990*	7.045	83,5	16,5	5:1

* Hasta el 30 de septiembre.

Fuente: Registro Nacional de casos de SIDA. Tomado de P.Estébanez y R.Nájera (1991) EL SIDA Y LA MUJER, Revista SEISIDA, vol.1nº1

Cuadro 7

Número acumulado de casos notificados de SIDA en Europa*, por año y sexo, con relación hombre:mujer, 1985-89

Año	Total casos	% hombres	% mujeres	relación hombre:mujer
1985	1.578	92	8	11:1
1986	3.735	91,1	8,9	10:1
1988	19.058	89,5	10,4	9:1
1989	31.497	87,3	12,7	7:1

* 32 países;

Datos no disponibles para el año 1987.

Fuente: Centro Colaborador para el SIDA de la OMS, París, 1990
Tomado de P. Estébanez y R. Nájera (1991) EL SIDA Y LA MUJER,
Revista SEISIDA, vol 1, n°1, p. 3

Al igual que en España, Europa ha asistido al mismo fenómeno señalado, al que debe agregarse en todo el mundo, otros riesgos conocidos, como la transmisión por transfusión con sangre o hemoderivados contaminados, etc. Los estigmas psicosociales en la mujer que transfiere al recién nacido el virus del SIDA. Toda la responsabilidad que conlleva la enfermedad, muerte del bebé y su propia desaparición, presente en proporciones altísimas, replantean la horfandad, con la marginación añadida al niño nacido de madre, casi siempre toxicómana o prostituta, pero además, infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana. La situación en la mujer contagiada, es de auténtico horror.

14.1.4. DEFUNCIONES POR SEXO

En cuanto al número de defunciones comparativo entre sexos, es necesario comenzar por señalar que, sobre el total de casos registrados hasta abril del 91, habían fallecido 3.185 personas, lo que supone una letalidad casi del 39%. Teniendo en cuenta que la mayoría de enfermos diagnosticados, pertenecen a los años 1988-1990, y que la muerte sobreviene, dependiendo del tipo de enfermedad oportunista, del tratamiento recibido, junto a factores de otra índole (alimentación, trastornos psicológicos, condición social y económica, etc.), en los primeros tres años del desarrollo de la enfermedad, el número de óbitos, deberá tender al crecimiento.

En cuanto a la relación hombre-mujer, la proporción sobre el total, determina que el 83% de muertos son hombres y el 17%, mujeres. Sin embargo, el sexo en relación a los ratios: el número de casos de SIDA y número de muertes por esta enfermedad, arroja porcentajes más parejos. Así, la proporción es que han muerto el 38,96% de los hombres con SIDA, frente al 38,26% de mujeres con dicha enfermedad.

14.1.5. CASOS DE DEFUNCIONES Y LETALIDAD SEGUN POBLACIONES EXPUESTAS

El siguiente cuadro, permite una visualización mucho más amplia en cuanto a la proporción de defunciones, y la letalidad en las poblaciones expuestas. Así puede observarse cómo la proporción más alta, pertenece a toxicómanos/as UDVP (57,08%), seguida de los homosexuales (19,84%).

Cuadro 8

SIDA EN ESPAÑA: DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL CASOS DEFUNCIONES Y LETALIDAD POR POBLACIONES EXPUESTAS. FECHA DE ACTUALIZACION 02-04-1991

GRUPO RIESGO	CASOS	%	DEFUNCIONES	* %	LETALIDAD
HOMOSEXUALES	1339	16.33	632	19.84	47.20
ADVP	5235	63.85	1818	57.08	34.73
HOMOS+ADVP	244	2.98	101	3.17	41.39
R.HEMODERIV.	286	3.49	156	4.90	54.55
R.TRANSFUSI.	106	1.29	63	1.98	59.43
HMR	201	2.45	76	2.39	37.81
TRA.HET	374	4.56	145	4.55	38.77
OTROS	62	0.76	19	0.60	30.65
DESCONOCIDO	339	4.13	169	5.31	49.85
NO CONSTA	13	0.16	6	0.19	46.15
TOTAL	8199	100.00	3185	100.00	38.85

HOMOS=Homosexuales/Bisexuales; ADVP=Adictos a drogas por vía parenteral; R.HEMODERIV=Receptores de hemoderivados; R.TRANSFUSI=Receptores de transfusiones sanguíneas; HMR=Hijos de madre de riesgo; TRA.HET=Transmisión heterosexual.

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

DEFINICION DE CASO CDC 1987/DMS, 1989

La proporción en defunciones se refiere, tal cual aparece en el cuadro 8, al total de defunciones registradas por vía de transmisión. Sin embargo, observando los porcentajes determinados por la variable letalidad, adquieren relevancia los/as receptores/as de transfusiones (59,43%) de hemoderivados (54,55%), para luego pasar a los homosexuales (47,20%). eliminando en este análisis los de origen desconocido. La población expuesta con menor letalidad, curiosamente es la de mayor número de casos, la de porcentajes más elevados y la proporcionalmente con índices acentuados. Así se observa cómo entre toxicómanos/as UDVP, dicho indicador, representa el (34,73%), en números relativos expresados en letalidad. Por tanto, aunque se producen mucho más fallecimientos que el resto de todas las poblaciones expuestas juntas, 1.818 UDVP, frente a 1.367 del total restante, la letalidad es de 34,73%

Finalmente, y sobre el total del número de casos fallecidos, 3.185 personas, hasta la fecha de recogida de los datos, habían muerto el 38,85%. Mídase por donde quiera, la epidemia resulta ser de una altísima causa de muerte. Hasta el momento, sólo puede retrasarse las defunciones a través de un fármaco antiviral, el (ZDV) y últimamente otro grupo de antivirales conocidos como dideoxi-inosina (ddI) (70).

En esta línea de retraso de la mortalidad, los ensayos prevén la administración de estos fármacos aún en el caso de no haber desarrollado el SIDA. Las personas con evidencia analítica de infección de VIH, a través de pruebas serológicas, pero sin manifestación clínica patológica alguna, serían los casos donde se han dado opiniones favorables, en el sentido de aplicar la terapia antiviral (71).

Nájera y González Lahoz, en relación a este tema indican: "La zidovudina (ZDV), sigue siendo el único medicamento registrado y ampliamente utilizado en la patología producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La ampliación de sus indicaciones como recurso terapéutico en los síntomas iniciales, así como la demostración de su eficacia para retrasar el progreso de la infección hacia la enfermedad en personas con

menos de 500 linfocitos T4 por milímetro cúbico, unido a la dosificación, ha hecho realidad el alargamiento en cantidad y calidad de vida (72).

La situación de iniciar el tratamiento antiviral resulta muy polémica y controvertida, sin que hasta el momento se haya llegado a una solución normativa definitiva. Por un lado, están quienes opinan, que los fármacos aplicados precozmente, distancian el período de aproximación a la enfermedad, por tanto la muerte. Por otro parte y en sentido opuesto, están quienes han demostrado, que si bien se retarda la morbi-mortalidad por el SIDA, la utilización de los antivirales prematuramente, causan efectos secundarios importantes que merecen tenerse en consideración. Detrás del desarrollo de todas estas cuestiones se encuentran, por un lado, los enormes costes económicos que conllevaría para el país y, por otro, la posición de los grandes laboratorios que comercializan los medicamentos mencionados, y que verían ampliar considerablemente la producción de los fármacos en la medida que se demuestre su utilidad más anticipada. Por tanto, una carrera comercial imprevisible y, por tanto, fuera de la hipótesis que se pudiese demostrar para la tesis.

14.1.6. DISTRIBUCION GEOGRAFICA POR CASOS, POBLACION, TASAS Y COMUNIDAD AUTONOMA

Finalmente, la distribución geográfica del número de casos de SIDA indica que los 8.199 registrados suponen una incidencia acumulada de 204,2 por millón de habitantes. Las máximas tasas se observan en las comunidades de Cataluña, País Vasco, Madrid y Barcelona. Las autonomías de menor incidencia son las de Castilla y León, Castilla-La Mancha y Murcia.

Casos acumulados de SIDA por Comunidades Autónomas (CCAA) de residencia y según la categoría de transmisión y tasas de prevalencia por CCAA, comunicados en España a 30/9/90**

CCAA/Categoría de transmisión	HOMO	ADVP	HOMO/ADVP	R. HEMOD	R. TRANS.	HMR	TRA. HET.	Otros	Desc.	NC	Total	Tasas**
Andalucía	92	509	45	51	10	14	27	2	24	0	774	114,57
Aragón	4	75	6	14	3	3	11	2	7	0	126	102,52
Asturias	9	82	2	1	5	4	6	0	6	0	115	97,40
Baleares	49	90	5	10	2	11	6	0	6	0	179	223,71
Canarias	55	30	4	6	3	5	11	0	9	0	123	79,50
Cantabria	9	57	4	1	2	2	2	0	3	0	80	147,43
Castilla y León	3	80	3	24	4	3	11	1	7	0	141	55,44
Castilla-La Mancha	15	61	2	7	4	1	4	1	6	0	101	63,11
Cataluña	488	1.234	42	46	18	40	80	6	101	0	2.055	313,27
Comunidad Valenciana	66	341	18	10	9	8	23	30	15	1	521	127,22
Extremadura	2	53	6	5	2	2	0	0	2	0	72	71,66
Galicia	25	214	6	9	6	5	17	3	18	0	303	104,63
Madrid	244	922	51	53	11	69	51	7	42	4	1.454	270,48
Murcia	22	39	4	5	0	0	4	2	8	0	84	80,65
Navarra	5	57	1	2	0	0	3	0	2	0	70	130,27
País Vasco	26	512	17	16	8	10	32	1	24	1	647	277,03
La Rioja	1	31	4	1	0	1	2	0	3	0	43	160,78
Ceuta	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	8	119,50
Melilla	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0	7	141,25
Desconocido	25	74	4	1	1	1	2	2	7	2	119	
Otros países*	25	9	1	1	2	0	0	0	3	0	41	
Total	1.145	4.474	225	263	91	179	292	57	293	8	7.047	175,53

* 41 casos son residentes en otros países.

** Prevalencia expresada en casos acumulados por millón de habitantes (población de derecho a 1 de julio de 1987 según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo).

HOMO = Prácticas homosexuales masculinas; ADVP = Uso de drogas por vía parenteral; HOMO/ADVP = Ambos factores de riesgo a la vez; R. HEMOD = Recepción de hemoderivados; R. TRANS. = Recepción de transfusiones sanguíneas; HMR = Transmisión de madre a hijo; TRA. HET. = Transmisión heterosexual. Desc = Categoría de transmisión desconocida; NC = No consta.

Los casos que se asocian a varias categorías han sido incluidos en la jerárquicamente más prevalente.

Cuadro 9

SIDA EN ESPAÑA. DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL, CASOS Y TASAS POR MILLON DE HABITANTES POR COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA. FECHA DE ACTUALIZACION 02-04-1991

CCAA de residencia	Casos	Población **	Tasas
Andalucía	929	6.755.693	137,51
Aragón	158	1.228.987	128,56
Asturias	139	1.180.730	117,72
Baleares	182	746.510	243,80
Canarias	155	1.547.170	100,18
Cantabria	96	542.615	176,92
Castilla y León	158	2.543.489	62,12
Castilla-La Mancha	107	1.600.444	66,86
Cataluña	2.337	6.559.913	356,25
Comunidad Valenciana	600	4.055.989	147,93
Extremadura	92	1.004.756	91,56
Galicia	322	2.905.452	110,83
Madrid	1.738	5.375.675	323,31
Murcia	91	1.041.520	87,37
Navarra	86	537.345	160,05
País Vasco	776	2.335.518	332,26
La Rioja	46	267.447	172,00
Ceuta	8	66.944	119,50
Melilla	7	49.557	141,25
Residencia desconocida	125		
Residencia extranjera	47		
Total	8.152 *	40.147.075	204,22

* Excluidos 47 casos residentes en otros países.

** Población de derecho a 1 de julio de 1987.

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA

DEFINICION DE CASO CDC 1987/OMS, 1989

En primer lugar, aparece Cataluña, con una tasa de 356,25, a continuación el País Vasco con 332,26, e inmediatamente, Madrid, con 323,31, por millón de habitantes. Un dato relevante que resulta de interés, es que, de toda la casuística registrada en el País Vasco, el 80%, son enfermos que han desarrollado la enfermedad por contagio entre toxicómanos/as, UDVP, situación que coloca a esa autonomía, en el sitio de mayor prevalencia e incidencia en SIDA, tanto en España como en Europa, entre hombres y mujeres que se inyectan, generalmente heroína, con agujas y/o jeringas contaminadas. Es necesario apuntar que pese a las tasas obser-

vadas, el País Vasco, ha sido la comunidad pionera, que ha respondido con mayor prontitud en la adopción de resoluciones político-sanitarias progresistas encaminadas a la promoción de medidas preventivas frente al SIDA.

15. INDICADORES DE CASOS DE SIDA EN EUROPA Y EL RESTO DEL MUNDO

En el Anexo I se presentan los casos de SIDA en el mundo por continentes, número de casos y fecha de notificación de cada país, según criterios de definición de casos del CDC, comunicados por la OMS, y basados en el Weeckly Epidemiological Record (WER) hasta el 1 de mayo de 1991. Dicha información ha sido facilitada por el Centro Nacional de Biología Celular y Retrovirus del Instituto de Salud Carlos III, y publicada en la Revista SEISIDA (73).

El número total de casos de SIDA a nivel mundial, ascendía a 359.272. La distribución continental, distinguía a América con 213.147 notificaciones, África 91.146 censados, Europa 51.111, Oceanía apenas con una casuística de 2.803 personas con VIH+ y, finalmente, Asia, con un total de 1.065 casos declarados por la pandemia (74).

Estos marcadores resultan a todas luces engañosos. No debe olvidarse que la epidemia se localiza en la actualidad, sobre todo, en las regiones africanas y, a continuación, en los continentes depauperados, sin ningún tipo de infraestructura, sanitaria, económica, política, social y cultural. Dentro de Europa, el país más castigado por el virus de inmunodeficiencia humana es Francia, con 14.449 enfermos, posteriormente Italia, con 9.053 personas que han desarrollado la enfermedad y luego, España, con 8.199 ciudadanos con SIDA (*5).

Al asomarse, sin embargo, a las prácticas de riesgo, Italia y España ocupan los dos primeros sitios por usuarios de drogas por vía parenteral, 66% y 64% respectivamente, cuyo número de casos por estas infecciones era de 5.424 y 4.781 personas. La segunda población más afectada por la epidemia en estos dos países europeos son los (homosexuales/bisexua-

(*5) En el Anexo I aparecen Francia, Italia, Alemania, etc., con los casos declarados al 31-03-91. España, sin embargo, había realizado la notificación a 31-12-90. Por tanto, se ha unificado toda la casuística que se compara con los datos obtenidos en el Registro Nacional de Casos de SIDA, ESPAÑA, al 02-04-1991.

les), con porcentajes de 15% y 16% en el orden resaltado. En Francia este colectivo supone el 53% del total de casos, Alemania el 70% y el 80% en Holanda. Situación que presenta a Europa dividida de forma discriminante en dos grandes sectores. El que puede situarse dentro del conjunto mediterráneo (Italia-España), cuyos componentes epidémicos son las prácticas de riesgo en UDVP, y los países situados desde Francia hacia el norte de Europa, con neto predominio de contagio homosexual-bisexual.

La salud o enfermedad del ser humano tanto en individuos como en colectivos de personas, es considerada a lo largo de la historia, como la interpretación de mayor trascendencia de la realidad política. El binomio salud-enfermedad, al formar parte del modelo orgánico de un país, sobre arquetipos de mundo, configurando el nuevo orden mundial, mide el desarrollo político, establece los indicadores témporo-históricos, y funciona como una de las categorías de mayor precisión para designar el paradigma conceptual en las estrategias sanitarias de una nación.

Así pues, para entender los gradientes del conjunto de calidad de vida de una población, de un país, de uno de los "mundos", es necesario hacer inteligible la estructura económica, social y política, sobre cuya articulación aparecerán las mayores diferencias endógenas (como objeto de estudio particular), y externas, fundamentadas en la teoría social y política originaria de esos problemas.

Algunos ejemplos ayudan para aclarar estos conceptos. Cerca de las dos terceras partes de los casos de SIDA en el mundo, y las tres cuartas partes de la gente infectada por el VIH, se dan en países del tercer mundo. La contribución económica del mundo industrializado para programas de SIDA, reunió en el año 1989, 200 millones de dólares, aproximadamente. Para esas fechas, la inversión para cuidados y prevención de la enfermedad en el estado de Nueva York, superó esa cifra en 5 veces. El presupuesto total del promedio nacional para programas de SIDA en los

países pobres, era menor que el coste para el cuidado de sólo 15 personas con SIDA en Estados Unidos (75).

España, como país occidental desarrollado, se encuentra en relación a la pandemia, en otra etapa. A partir de 1987, los bancos de sangre y centros de plasmaféresis, han llevado a cabo las pruebas de determinación de anticuerpos anti-VIH en todas las donaciones de sangre, a raíz de un decreto que exigía su realización. Existe la interrupción voluntaria del embarazo en gestantes infectadas o enfermas de SIDA. Desarrolla programas preventivos para evitar el contagio sobre transmisión sexual, y ha establecido estrategias en todo lo relativo a los/as toxicómanos/as, que se inyectan drogas con prácticas de riesgo, como la utilización de agujas y jeringas contaminadas.

Estamos pues, en presencia de un país, con neto predominio de una pandemia entre UDVP, que se infectan con agujas y jeringas contaminadas. La infección, con índices aún importantes, está dejando de ser, una epidemia de homosexuales. Tiene ésto también, una explicación, que emerge del entretejido social español.

Los homosexuales-bisexuales, representan, en términos cuantitativos, una minoría dentro de la población española. Según el estudio que se presenta, alrededor del 4 o el 5% de los habitantes españoles se reconocen a sí mismos, con características homosexuales o bisexuales. De la misma forma, la gran mayoría de los que así se enjuician no observan en la actualidad, prácticas que supongan riesgo frente al SIDA. En un reciente artículo aparecido en un periódico madrileño, el autor señalaba que el número de homosexuales varones puros en el mundo, es hoy del orden del 7% y el 3% en mujeres, aumentando considerablemente la proporción con informes de otras fuentes, años anteriores y la propia investigación que se presenta en esta tesis (76).

Los ghettos homosexuales son limitados, perfectamente diferenciables, y en donde disminuye con celeridad dicha comparecencia endogámica. Saunas,

bares, cines, lugares de alterne habituales, tienden a decrecer. Como dato ilustrativo, el número de saunas para gays, donde se reconoce que las medidas de prevención son difíciles de mantener, representan alrededor de 40 en toda la geografía española, y el número de personas por año que las visitan, son alrededor de 20.000. En este cálculo no se incluye el número de veces que una misma persona concurre a las saunas. Al respecto, Jesús de Miguel apunta "Es llamativo que no haya habido ningún control especial sobre las saunas gays. Siguen abiertas sin problemas (77).

Aunque el colectivo gay está poco estructurado y desarrollado en España, prácticamente la totalidad de los Comités y Comisiones Ciudadanas ANTI-SIDA han sido creadas por personas entroncadas en el mundo homosexual y son quienes han tenido la certeza de abarcar al resto de las poblaciones expuestas al SIDA, o integrar a todos aquellos/as con ánimo de luchar contra la pandemia.

La paradoja subsiste todavía. La mayoría de la gente, piensa, que el SIDA es un problema de los homosexuales, existiendo rechazo hacia éstos, por su condición de homosexuales, culpables, y por expandir la pandemia. Delitos morales, religiosos y de enfermos incurables. Finalmente, subconjunto de paradojas.

Un lugar distinto ocupan los adictos a drogas por vía parenteral o venosa, quienes representaban, en abril del presente año, el 63,85% de todos los casos de SIDA. La conceptualización sociológica resulta más compleja para esta población expuesta al VIH. En primera instancia, hay que partir del retraso y fracaso de las políticas llevadas a cabo con las toxicomanías en general, con las/os dependientes a drogas inyectables y, consecuentemente, con los elementos de inoculación, agujas, jeringas, y muchas veces bolígrafos, si se tratase de hombres o mujeres cautivos en cárceles o reformatorios.

Asimismo, a diferencia del resto de Comités o Comisiones, las medidas de reinserción, rehabilitación, deshabituación, etc., no reflejan un compromiso directo del propio afectado. Ha quedado constancia a lo largo del tiempo, de una gran cantidad de buenas intenciones, pero con resultados voluntaristas, situación que parece replantear las acciones llevadas a la práctica hasta la fecha.

Sin embargo, se trata de una población pequeña. Los cálculos más pesimistas cifran en 100.000 toxicómanos/as que se inyectan drogas (heroínómanos-cocainómanos), resultando, no obstante, ciudadanos que pueden incurrir en varias prácticas de riesgo, además de la de usuarios de drogas por vía parenteral sin medidas profilácticas, pueden comportarse como transmisores heterosexuales, homosexuales, y en la condición de mujer embarazada, produciendo nacimientos de niños/as portadores del VIH que desarrollan SIDA, con una elevada incidencia en nuestro país.

Todo ello, apunta a la debilidad de las medidas sanitarias, sociales, económicas, legales y políticas sobre esta población sumergida anómicamente dentro de la estructura social española.

De todas las poblaciones expuestas al SIDA, tal vez la que más preocupa en todos los países del mundo, es la que transmiten los heterosexuales, que continúa extendiéndose, incrementándose en ciudades, comunidades y naciones, incluso continentes particularmente afectados. Africa, América Latina, el Caribe, Europa del Este, Oriente Medio y el Sudoeste Asiático (Tailandia y el triángulo de oro), la India con su explosión de SIDA entre transmisores heterosexuales, pronostican un futuro asiático de gran incertidumbre.

La referencia a España también es obligada. La mujer española en general, pero más aún, tratándose de temas relativos a la sexualidad, sigue siendo un factor de marginación de todo el entramado estructural, social, económico y político. Todavía se sigue registrando asiduamente el no poder negarse al sexo indeseado, a las relaciones sexuales sin

protección y al empleo sobre su cuerpo de todos y cada uno de los métodos barrera. El diafragma, el DIU, la píldora, entre otros, componen un amplio espectro, que más tienen que ver con la contracepción, que con el posible contagio del VIH. Todo ésto se acrecienta si la consideración está referida a la mujer prostituida.

Así, la discriminación, el control social y la marginación sin medidas de protección y solidaridad son permanentes. En este sentido, es el propio colectivo de prostitutas quienes solicitan ser legalizadas, como la primera y fundamental medida de reivindicación. En este sentido, el 95% de las prostitutas que se hallan en España, han respondido afirmativamente a la pregunta de pretender ajustarse a esa medida jurídica. A esta situación comprometida y generadora de opiniones diversas, le siguen algunas otras que resultan más convincentes y posibles. Las prostitutas quieren tener más libertad y menor represión, mayores cuidados médicos, mejores alternativas económicas y educativas, desarrollar su familia normalmente, elevar el cuidado de sus hijos y, muchas veces como padres y madres que viven paupérrimamente, integrarse en la sociedad sin el estigma y marginación a que son sometidas.

Siguen extendiéndose en España grupos y personas socialmente contaminados, por lo que puede afirmarse, que gran parte del éxito de la política de prevención del SIDA dependerá de la defensa estructural y orgánica, englobando en su totalidad a los hechos marginatorios, de estigmatización, de exclusión, finalmente, de la provocación en la contaminación social a que son sometidos.

Entre las muchas medidas sintetizadas en este capítulo, aparece como imprescindible, una ley antidiscriminatoria, que redunde en la seguridad integral dentro de la estructura social, de las poblaciones expuestas a la epidemia señaladas. Se entra pues, en el capítulo diferenciador que supone, la aplicación, en su conjunto, de los derechos humanos.

B I B L I O G R A F I A

1. William L. Heyward y James W. Curran (1988). Scientific American. Edición en español "INVESTIGACION Y CIENCIA" nº 147, p. 62
 2. Weekly Epidemiological Record (WER) Datos comunicados a 1 de Mayo de 1991
 3. Robert M. Swenson (1988) THE AMERICAN SCHOLAR. Vol. 57. Nº 2. Traducción en español "LAS EPIDEMIAS, LA HISTORIA Y EL SIDA", Ed. Facetas,
 4. Robert M. Swenson, op. cit., p. 17
 5. Cf. Carlos Buck, Alvaro Llopis, Enrique Nájera, Milton Terris (1988) "EL DESAFIO DE LA EPIDEMIOLOGIA", Problemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica nº 505 Washington D.C. 20037 USA
- George Knox (1981) "LA EPIDEMIOLOGIA EN LA PLANIFICACION DE LA ATENCION DE SALUD" Siglo XXI, México, (existe una publicación en inglés "EPIDEMIOLOGY IN HEALTH CARE PLANNING", Oxford University press, 1979)
- Milton Terris (1980) "LA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA Y LA MEDICINA SOCIAL", Siglo XXI, México, (existe una publicación en inglés: "AN INTRODUCTION TO SOCIAL MEDICINE" Blackwell Scientific Publications-Oxford/London 1966,1974)
- Milton Terris (1980), "PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD", Siglo XXI, México, (existe una publicación en inglés "HEALTH CARE SYSTEMS IN WORLD PERSPECTIVE" by the University of Michigan ann arbor, 1976)
- Usieto, R. (comp.) (1987) "SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA", Díaz de Santos, Madrid.

6. Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, Tomo VIII, Madrid
7. Gustavo Gabriel Levene (1960) "LA ARGENTINA SE HIZO ASI", Hachette, Buenos Aires
8. Jesús de Miguel (1991) LAS POLITICAS DE LA MUERTE. ESTRATEGIAS SOCIALES CONTRA EL SIDA EN ESPAÑA. Universidad de Barcelona, Ejemplar multicopiado.
9. Jorge G. Castañeda (1991) "EL PAIS", 8-7-1991, pág. 14
10. Jorge G. Castañeda, ibídem.
11. Robert M. Swenson, op. cit., p. 32
12. Talcott Parsons (1976) EL SISTEMA SOCIAL, Ed. Biblioteca de la Revista de Occidente, 2ª edición, Madrid, p. 400
13. Talcott Parsons, op. cit., p. 401
14. O.P.S. Organización Panamericana de la Salud (1991) LA SITUACION DEL COLERA EN LAS AMERICAS, Boletín Epidemiológico, vol.12, nº 1
15. Weekly Epidemiological Record (1991) CHOLERA IN PERU, (WER) nº 20, 17 mayo, pp. 141-145
16. Boletín Epidemiológico Semanal del Centro Nacional de Epidemiología. COLERA EN LAS AMERICAS, Semana 7/1991, nº 1883
17. Chien Liu (1982) "Gripe" en Paul D. Hoeprich, TRATADO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, Salvat Editores, Barcelona, p. 274

18. Jorge Molero Mesa (1987) ESTUDIOS MEDICOSOCIALES SOBRE LA TUBERCULOSIS EN LA ESPAÑA DE LA RESTAURACION, Ministerio de Sanidad y Consumo. Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública nº 25, Madrid, pp. 16 y 17
19. Jorge Molero Mesa, op. cit., p. 20
20. Schreiber, W. Mathys. F., op. cit., p.57
21. Boletín Epidemiológico Semanal del Centro Nacional de Epidemiología VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ESPAÑA, Semana 12/1991, nº 1.888
22. Boletín Epidemiológico Semanal del Centro Nacional de Epidemiología, op. cit., nº 1888, p. 90
23. Holmes, K. Stilwell, G. (1982) "Infecciones gonocócicas" en Paul D. Hoeprich TRATADO DE ENFERMEDADES INFECIOSAS, Salvat Editores, Barcelona, p. 495
24. Schreiber, W. y Mathys, F., op. cit., p.78
25. Holmes, K. Stilwell, G., op. cit., p. 495
26. Andrew H. Rudolph (1982) "Sífilis" en Paul D. Hoeprich, op. cit., p. 520
27. Augé, M (1983) LE SENS DU MAL, Eds. des Archives Contemporaines, Paris. Citado por Páez, San Juan, Romo, y Vergara (1991) SIDA: IMAGEN Y PREVENCIÓN, Ed. Fundamentos, Madrid, p. 103
28. Darío Páez; San Juan; Romo; Vergara, op. cit. p. 113
29. Robert Gallo, Luc Montagnier (1988) "Scientific American" Edición española INVESTIGACION Y CIENCIA, Barcelona nº 147, p. 10.
30. Robert Gallo, Luc Montagnier, op. cit., p. 11
31. Robert Gallo, Luc Montagnier, op. cit., p. 14
32. Max Essex y P.J. Kanki (1988) "SCIENTIFIC AMERICAN" Edición española INVESTIGACION Y CIENCIA, nº 147, pp. 32-40.

33. Rafael Nájera (1990) SIDA DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD, Ed. EUDEMA, Madrid, p. 26.

Cf. Poiesz, B.; Ruscetti, F.; Gazdar, A., et al (1980) DETECTION AND ISOLATION OF TYPE C RETROVIRUS PARTICLES FROM FRESH AND CULTURED LYMPHOCYTES OF A PATIENT WITH CUTANEOUS T-CELL LYMPHOMA, Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 77:7 415.

Kalyanaraman, V., Sarngadharan, M. Robert-Guroff, M., et al (1982) A NEW SUBTYPE OF HUMAN T-CELL LEUKEMIA VIRUS (HTLV-II) ASSOCIATED WITH A T-CELL VARIANT OF HAIRY CELL LEUKEMIA, Science, 218:571-573

34. Barré-Sinoussi, F., Chermann, J.C., Reyf et. al. ISOLATION OF A T-LYMPHOTROPIC RETROVIRUS FROM A PATIENT AT RISK FOR ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS). Science 1983; 220: 868-871.

35. Popovic, M., Sarngadharan Mg., Read, E., Gallo, R.C., DETECTION, ISOLATION AND CONTINUOUS PRODUCTION OF CYTOPATHIC RETROVIRUSES (HTLV-V-III) FROM PATIENTS WITH AIDS AND PRE-AIDS. Science 1984; 224: 497-500

36. Levy, J.A., Hoffman, A.D., Kramer S.M. et. al. ISOLATION OF LYMPHOCYTOPATHIC RETROVIRUSES FROM SAN FRANCISCO PATIENTS WITH AIDS. Science 1984; 225: 840-842.

37. Rafael Nájera, op. cit., . 29

Cf. Ratner, L.; Halseltine, W.; Patarca, R. et al. (1985) COMPLETE NUCLEOTIDE SEQUENCE OF THE AIDS VIRUS HTLV-III, Nature, 313:277-284.

Alizon, M.; Sonigo, P. Barré-Sinoussi, F. et al. (1984) MOLECULAR CLONING OF LYMPHADENOPATHY-ASSOCIATED VIRUS, Nature, 312:757-760.

Marx, J.L. (1985) AIDS VIRUS GENOME, Science, 227 (feb.1): 503.

38. Clavel, F., Guetard, D., Brun-Vezinet, F., ISOLATION OF A NEW HUMAN RETROVIRUS FOR WEST AFRICA PATIENTS WITH AIDS. Science 1986; 223: 343-346.

39. Rafael Nájera, op. cit., p. 57

40. Andreu Segura i Benedicto (1990) recensión al estudio de Constantine NT, Sheba MF, Fox et al. SEROLOGICAL EVIDENCE FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPE 2 IN EAST AFRICA, Revista SEISIDA vol. 1 nº 6 p. 44
41. Soriano V, Tor J, Muga R et al. (1989) INFECCION POR VIH TIPO 2 EN AFRICANOS OCCIDENTALES RESIDENTES EN CATALUÑA. Med Clí (Barc) 1989; 92:161-163
42. Rafael Nájera (1987) "Introducción" en Usieto, R., (ed.), SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. Díaz de Santos, Madrid, p. XXIII.
43. Centers for Disease Control (1982) "UPDATE ON ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)", United States. MMWR, 31:507-514
44. Rafael Nájera (1988) EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN ESPAÑA Revista Investigación y Ciencia nº 147, p. 56-61
45. Centers for Disease Control (CDC). PNEUMOCYSTIS PNEUMONIA. Los Angeles, MMWR 30: 25-252 (1981).
46. Castells, M., LA CIUDAD Y LAS MASAS. SOCIOLOGIA DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES URBANOS. Alianza Universidad Textos, Madrid, 1986. Título original: THE CITY AND THE GRASSROOTS - A CROSS - CULTURAL THEORY OF URBAN SOCIAL MOVEMENTS, 1983. Edward Arnold (Publishers) Ltd. Londres.
47. Manuel Castells, op. cit., pp. 199-237
48. Rafael Nájera (1987) op. cit., pp. 1-43

49. López Bravo, A., (1990) ANATOMIA PATOLOGICA DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. En Rafael Nájera, ed. SIDA DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD. Eudema, Madrid.
50. De la Loma, A., (1987) "Aspectos epidemiológicos del SIDA", en Usieto, R.,(ed.) SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, Díaz de Santos, Madrid, p. 55.
51. Usieto, R., (1987) "El paradigma social del SIDA", en Nájera, R., Usieto, R.,(eds). CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA, Centro de Análisis Social, UIMP, Madrid, pp. 183-189.
52. Usieto, R. (1990) "Perspectivas sociológicas", en Nájera, R., SIDA DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD, Eudema, Madrid, pp. 327-332.
53. Hernán San Martín, et al (1986) EPIDEMIOLOGIA: TEORIA, INVESTIGACION, PRACTICA. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 125-135.
54. Onstenk, A., (GRAEL), CONFERENCIA EUROPEA SOBRE LA DISCRIMINACION RELACIONADA CON EL SIDA. Bruselas, Parlamento Europeo (1989).
55. Grupo Arco Iris del Parlamento Europeo. DECLARACION FINAL DE LA CONFERENCIA EUROPEA SOBRE DISCRIMINACION RELACIONADA CON EL SIDA. Bruselas (1989).
56. Nájera, R., Usieto, R., (1989) INMUNODEFICIENCIAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS, UIMP, Buenos Aires
57. Fineberg, H.,(1988) DIMENSIONES SOCIALES DEL SIDA. INVESTIGACION Y CIENCIA, nº 147: 122-129.

58. Memoria 1990 del Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo
59. Nájera, R., "EPIDEMIOLOGIA DEL SIDA EN ESPAÑA" INVESTIGACION Y CIENCIA, diciembre 1988, 147: 53.
60. Jonathan Mann, (1989) V INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS. THE SCIENTIFIC AND SOCIAL CHALLENGE, Montreal (Canadá). Conferencia de Apertura del Director del Programa Global del Sida, OMS.
61. Ricardo Usieto, (1987) "Análisis explicativo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en los medios de comunicación social escritos" en SIDA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. Madrid, pp. 329-348.
62. Ricardo Usieto, op. cit., p. 332.
63. José Vidal Beneyto, (1981) DIARIO DE UNA OCASION PERDIDA, Ed. Kairos, Barcelona
64. Ricardo Usieto, et al. (1991) Comunicación sobre IMAGEN SOCIAL DEL SIDA EN LA PRENSA ESPAÑOLA presentada al Congreso Nacional sobre el SIDA, Marzo de 1991, Madrid
65. James Chin (1991) Conferencia de Apertura del VII Congreso del SIDA, Florencia, Junio de 1991
66. Cilleruelo, J., et al, (1991) SIDA PEDIATRICO. PUESTA AL DIA. Revista Seisida, Vol. 2, nº 6. pp. 245-249.
67. Pilar Estébanez, Rafael Nájera (1991) EL SIDA Y LA MUJER, Revista SEISIDA, vol 2, nº 1, pp. 1-14

68. Estébanez, P., Nájera, op. cit. pp. 1-14
69. Singer Kaplan, H., (1987) LA VERDAD SOBRE LAS MUJERES Y EL SIDA. Ed. Planeta, Buenos Aires, p. 126.
70. Nájera, R., González Lahoz, J., (1990) ANTIVIRICOS FRENTE A LA INFECCION POR VIH Y EL SIDA, Revista SEISIDA. Vol. 1, nº 5, pp. 152-156.
71. Nájera, R., (1990) "INFECCIONES SILENTES", Revista SEISIDA, Vol. 1, nº 1, pp. 1-3.
72. Nájera, R., González Lahoz, J., op. cit., p. 152
73. Weekly Epidemiological Record (1-5-1991). Datos tomados en la Revista SEISIDA, vol 2 nº 6, Madrid, pp. 276-277
74. VVAA (1991) INFORMACION EPIDEMIOLOGICA, Revista SEISIDA, vol.2, nº 6 pp. 276-277
75. Mann, J., 1990 op. cit. p. 248.
76. Rojas Marcos, L., (1991) "HOMOSEXUALIDAD Y SALUD MENTAL" publicado en EL PAIS, Sección Opinión, 4 de julio de 1991, p. 15

77. Jesús De Miguel, (1991) "LAS POLITICAS DE LA MUERTE". "ESTRATEGIAS SOCIALES CONTRA EL SIDA EN ESPAÑA". Ejemplar Multicopiado, pp. 70-71.

A N E X O I

CASOS DE SIDA EN EL MUNDO

Casos de SIDA comunicados por la OMS basados en el *Weekly epidemiological record* (WER) hasta 1/5/1991

Información proporcionada por el Centro Nacional de Biología
Celular y Retrovirus

ÁFRICA

País	Número de casos	Fecha de notificación
África del Sur	650	14.12.90
Alto Volta	978	11.06.90
Angola	104	31.12.88
Argelia	45	20.05.90
Benin	124	21.08.90
Botswana	87	17.01.90
Burundi	3.305	31.08.90
Cabo Verde	32	30.06.90
Camerún	243	06.12.90
Comoros-Comores	2	30.04.90
Congo	2.405	31.12.90
Costa de Marfil	6.836	01.03.91
Chada	59	19.12.90
Djibouti	58	31.12.90
Egipto	27	31.12.90
Etiopía	636	18.12.90
Gabón	117	31.12.90
Gambia	123	11.03.91
Ghana	1.732	31.07.90
Guinea	161	30.07.90
Guinea-Bisau	157	26.03.91
Guinea Ecuatorial	3	27.06.89
Islas Mauricias	5	05.04.90
Kenya	9.139	31.05.90
Lesotho	11	27.04.90
Liberia	5	01.04.90
Libyan Arab Jamahiriya	1	14.02.90
Madagascar	2	28.01.90
Malawi	7.160	08.01.90
Mali	338	30.06.90
Marruecos	70	31.12.90
Mauritania	16	15.04.90
Mozambique	189	11.03.01
Namibia	311	31.05.90
Níger	149	20.07.90
Nigeria	48	15.03.90
Reunión	49	17.05.90
Ruanda	3.407	30.06.90
Santo Tomé	1	30.09.90
Senegal	307	08.03.90
Seychelles	—	22.05.90
Sierra Leona	35	31.01.91
Somalia	13	23.12.90
Sudán	265	01.10.90
Swaziland	14	16.06.88
Tanzania	8.163	19.02.91
Togo	100	01.06.90
Túnez	66	22.11.90
Uganda	21.719	31.12.90
Zaire	11.732	31.01.90
Zambia	4.036	31.12.90
Zimbabwe	5.249	30.09.90
Total	91.146	

AMÉRICA

País	Número de casos	Fecha de notificación
Anguillo	4	30.09.90
Antigua Barbuda	3	31.03.89
Antillas holandesas	85	01.10.90
Argentina	920	31.12.90
Bahamas	599	31.12.90
Barbados	172	31.12.90
Belice	12	31.03.90
Bermudas	168	31.12.90
Bolivia	25	31.12.90
Brasil	16.015	29.12.90
Canadá	4.768	04.03.91
Colombia	1.285	31.2.90
Costa Rica	232	31.12.90
Cuba	73	31.12.90
Chile	255	31.12.90
Dominica	12	30.06.90
Ecuador	127	31.12.90
El Salvador	323	31.12.90
Estados Unidos	171.876	31.03.91
Granada	21	31.12.90
Guadalupe	195	24.01.90
Guatemala	165	31.03.90
Guayana	145	31.03.90
Haití	3.086	31.12.90
Honduras	1.133	31.03.91
Islas Caimanes	7	31.12.90
Islas Vírgenes	3	31.12.90
Islas turcas y Caique	20	31.03.01
Jamaica	201	31.12.90
Martinica	166	30.09.90
México	6.510	31.03.91
Montserrat	1	30.09.90
Nicaragua	11	31.12.90
Panamá	249	30.09.90
Paraguay	26	28.02.91
Perú	398	31.12.90
República Dominicana	1.485	31.12.90
Saint Kitts Navis	32	31.12.90
Santa Lucía	33	31.12.90
San Vicente	25	31.12.90
Surinán	83	31.12.90
Trinidad y Tobago	736	31.12.90
Uruguay	169	31.03.91
Venezuela	1.061	31.12.90
Total	213.147	

ASIA

País	Número de casos	Fecha de notificación
Afganistán	—	30.04.90
Arabia Saudí	28	16.06.90
Bahrán	—	30.04.90
Bangladesh	1	31.12.90
Bhutan	—	30.09.90
Brunei Darussalam	2	31.01.91
Birmania	—	—
China	5	31.01.91
Chipre	19	31.07.90
Emiratos árabes	8	21.10.90
Filipinas	12	31.01.91
Hong Kong	42	31.01.91
India	60	31.01.91
Indonesia	11	31.12.90
Iraq	—	30.04.90
Israel	147	31.03.90
Japón	374	26.03.90
Jordania	11	20.08.90
Kuwait	1	14.02.90
Líbano	24	31.12.90
Macao	1	31.01.91
Malasia	26	05.03.91
Maldivas	—	30.11.90
Mongolia	—	30.11.90
Myanmar	—	30.11.90
Nepal	4	31.12.90
Omán	19	31.08.90
Pakistán	14	31.12.90
Qatar	23	29.08.90
República de Corea	7	01.02.91
República Democrática Popular de Corea	—	30.11.90
República islámica de Irán	19	31.12.90
Singapur	22	31.01.91
Siria	9	08.10.90
Sri Lanka	8	31.12.91
Tailandia	94	28.02.91
Turquía	44	31.12.90
Vietnam	—	31.01.90
Yemen	—	05.03.90
Total	1.065	

EUROPA

País	Número de casos	Fecha de notificación
Albania	—	31.12.90
Alemania	6.176	31.03.91
Austria	557	31.03.91
Bélgica	852	31.03.91
Bulgaria	9	31.12.90
Checoslovaquia	25	31.03.91
Dinamarca	767	31.03.91
España	7.489	31.12.90
Finlandia	78	31.03.90
Francia	14.449	31.03.91
Grecia	457	31.03.91
Hungría	55	31.03.91
Irlanda	193	31.03.91
Islandia	16	31.12.90
Italia	9.053	31.03.91
Luxemburgo	37	31.03.91
Malta	15	31.12.90
Mónaco	6	31.03.91
Noruega	203	31.03.91
Países Bajos	1.650	31.03.91
Polonia	57	31.03.91
Portugal	622	31.03.91
Reino Unido	4.454	31.03.91
Rumanía	1.321	31.03.91
San Marino	1	31.12.90
Suecia	557	31.03.91
Suiza	1.778	31.03.91
URRS	48	31.12.90
Yugoslavia	186	31.03.91
Total	51.111	

OCEANÍA

País	Número de casos	Fecha de notificación
Australia	2.494	28.02.91
Estados federados de Micronesia	1	02.05.90
Fidji	3	31.01.91
Guam	8	31.01.91
Islas Cook	—	31.01.91
Islas Marianas	—	25.02.91
Islas Salomón	—	31.01.91
Kiribati	—	19.02.91
Nueva Caledonia y Dependencias	14	31.01.91
Nueva Guinea Papua	29	31.01.91
Nueva Zelanda	229	31.01.91
Palau	—	31.01.91
Polinesia francesa	22	31.01.91
Samoa	1	31.01.91
Tonga	2	18.02.91
Tovala	—	31.01.91
Vanuatu	—	04.03.91
Total	2.803	
Total Mundial	359.272	

Casos de SIDA declarados en la región europea de la OMS (31 países) hasta la revisión del cuarto trimestre de 1990, según criterios de definición de caso CDC 1987/OMS/1988

Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (Centro de colaboración de la OMS/CE sobre el SIDA), París.
Información facilitada por el Instituto de Salud Carlos III

Casos acumulados de SIDA según la categoría de transmisión * y tasas de prevalencia ** por países, comunicados en la región europea de la OMS a 31/12/90

País	Categoría de transmisión *																				Total	Tasas
	HOMO		UDVP		HOMO UDVP		R. HEMOD.		R. TRANS.		TRA. HET.		TMR ***						Otros desconocidos			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	UDVP	Tra. Het.	Otros	N	%	N	%			
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	
Alemania RF	3.925	70	705	13	49	1	263	5	114	2	205	4	21	6	7	34	1	317	6	5.612	71,3	
Austria	222	44	141	28	4	1	32	6	13	3	38	8	8	0	2	10	2	42	8	502	65,8	
Bélgica	298	36	31	4	6	1	4	0	64	8	354	43	0	43	2	45	5	22	3	824	82,9	
Bulgaria	1	11	0	0	0	0	0	0	1	11	6	67	0	0	0	0	0	1	11	9	1,0	
Checoslovaquia	20	83	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13	24	1,5	
Dinamarca	545	76	32	4	9	1	17	2	13	2	62	9	2	7	0	9	1	31	4	718	139,9	
España	1.227	16	4.781	64	231	3	268	4	96	1	319	4	113	31	46	190	3	377	5	7.489	192,6	
Finlandia	61	81	1	1	0	0	0	0	3	4	9	12	0	0	0	0	0	1	1	75	15,1	
Francia	6.922	53	2.571	20	244	2	198	2	803	6	1.439	11	83	113	14	210	2	758	6	13.145	234,1	
Grecia	205	50	14	3	3	1	39	9	30	7	89	22	0	0	5	5	1	27	6	412	41,1	
Holanda	1.223	80	116	8	19	1	21	1	28	2	88	6	2	2	3	7	0	29	2	1.531	103,1	
Hungría	32	67	0	0	0	0	7	15	5	10	3	6	0	0	0	0	0	1	2	48	4,5	
Irlanda	70	39	64	36	7	4	17	9	0	0	10	6	5	2	0	7	4	4	2	179	51,0	
Islandia	14	88	0	0	0	0	0	0	2	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	64,0	
Israel	67	48	16	11	7	5	22	16	6	4	12	9	0	1	1	2	1	9	6	141	30,7	
Italia	1.275	15	5.424	66	219	3	119	1	129	2	514	6	115	61	8	184	2	363	4	8.227	143,0	
Luxemburgo	20	61	5	15	0	0	2	6	1	3	2	6	0	0	0	0	0	3	9	33	87,5	
Malta	5	33	0	0	0	0	8	53	0	0	1	7	0	0	0	0	0	1	7	15	42,9	
Mónaco	4	80	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	5	178,6	
Noruega	130	67	16	8	3	2	7	4	11	6	24	12	1	0	0	1	1	3	2	195	46,1	
Polonia	33	66	11	22	0	0	0	0	0	0	6	12	0	0	0	0	0	0	0	50	1,3	
Portugal	263	46	66	12	7	1	24	4	27	5	156	27	0	2	3	5	1	25	4	573	55,5	
Reino Unido	3.234	79	161	4	61	1	228	6	67	2	268	7	6	18	12	36	1	43	1	4.098	71,6	
Rumania	8	1	0	0	0	0	8	1	433	37	51	4	0	18	18	36	3	632	54	1.168	50,4	
San Marino	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	43,5	
Suecia	366	72	17	3	4	1	24	5	33	6	59	12	0	4	0	4	1	3	1	510	60,0	
Suiza	729	45	560	35	31	2	13	1	23	1	194	12	0	0	28	28	2	37	2	1.615	242,9	
Turquía	8	18	8	18	1	2	4	9	9	20	7	16	0	0	0	0	0	7	16	44	0,8	
URSS	4	8	0	0	0	0	0	0	3	6	4	8	0	1	0	1	2	36	75	48	0,2	
Yugoslavia	37	21	67	39	0	0	28	16	8	5	21	12	2	0	0	2	1	11	6	174	7,3	
Total	20.948	44	14.808	31	905	2	1.354	3	1.922	4	3.942	8	358	309	149	816	2	2.786	6	47.481		

* Los casos asociables a varias categorías de transmisión se han incluido en la jerárquicamente más prevalente. Para cada país se consignan en la columna «N» los casos acumulados por categoría de transmisión y al lado el porcentaje de los mismos referido al total del país.

** Prevalencia expresada en casos acumulados por millón de habitantes.

*** Los casos asociables a la categoría TMH se han distribuido según la categoría de transmisión asociable a la madre.

HOMO = Prácticas homosexuales masculinas; UDVP = Usuarios de drogas por vía parenteral; HOMO/UDVP = ambos factores de riesgo a la vez; R. HEMOD. = Recepción de hemoderivados; R. TRANS = Recepción de transfusiones sanguíneas; TRA. HET = Transmisión heterosexual. TMH = Transmisión de madre a hijo. DESC. = Desconocido.

**Casos acumulados de SIDA, por categoría
diagnóstica* indicativa de casos y mortalidad
asociada, comunicados en la región europea
de la OMS a 31/12/90**

Categoría diagnóstica *	Casos		Defunciones	Tasa de letalidad
	N	%		
Infección oportunista (IO)	35.591	75,0	15.831	44,5
Sarcoma de Kaposi (SK)	5.116	10,8	2.265	44,3
Infección oportunista + Sarcoma de Kaposi (IO/SK)	1.674	3,5	1.095	65,4
Linfoma	1.424	3,0	839	58,9
Encefalopatía por VIH	1.700	3,6	836	49,2
Síndrome caquético por VIH	1.760	3,7	676	38,4
Neumonía intersticial linfóide	216	0,5	55	25,5
Total	47.481	100,0	21.597	45,5

* Los casos asociables a varias categorías diagnósticas se han incluido en la jerárquicamente más prevalente.

**Casos acumulados de SIDA por países y según el semestre de diagnóstico indicativo de caso,
comunicados en la región europea de la OMS a 30/12/90**

País	Semestres de diagnóstico																						Total
	1981	81i	81ii	82i	82ii	83i	83ii	84i	84ii	85i	85ii	86i	86ii	87i	87ii	88i	88ii	89i	89ii	90i	90ii	Desc.	
Albania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alemania RF	3	1	0	5	9	25	21	49	82	129	185	260	315	454	584	614	639	711	710	489	327	0	5.612
Austria	0	0	0	0	0	6	1	2	4	5	13	8	15	41	41	50	53	62	77	71	53	0	502
Bélgica	3	4	4	7	8	15	19	23	29	35	40	32	38	52	64	71	66	79	79	92	64	0	824
Bulgaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	2	1	1	0	9
Checoslovaquia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	1	1	2	1	5	2	4	1	0	24
Dinamarca	1	2	1	2	1	2	10	9	8	16	22	28	41	44	56	58	67	81	90	88	91	0	718
España	0	0	1	2	2	7	7	19	27	52	107	174	249	375	534	914	970	1.225	1.136	1.114	293	281	7.489
Finlandia	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	3	1	6	2	6	9	8	5	12	6	10	0	75
Francia	9	4	4	13	16	40	50	91	136	236	326	517	686	1.033	1.132	1.421	1.483	1.650	1.745	1.565	988	0	13.145
Grecia	0	0	0	0	0	0	0	2	4	3	4	9	13	14	39	39	43	56	51	70	65	0	412
Holanda	0	0	0	1	4	6	13	7	24	32	32	52	84	112	127	163	158	179	203	200	134	0	1.531
Hungría	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	5	4	5	10	5	11	0	48
Irlanda	0	0	0	1	1	1	0	1	2	0	5	2	4	7	13	21	16	26	24	28	27	0	179
Islandia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	2	3	2	1	1	2	0	16
Israel	1	0	0	1	1	2	6	2	3	6	4	8	11	7	10	15	6	9	20	13	16	0	141
Italia	0	0	0	1	0	3	3	18	20	84	105	197	262	422	575	789	948	1.156	1.228	1.418	998	0	8.227
Luxemburgo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	2	3	1	5	6	3	6	0	33
Malta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	1	1	5	2	0	0	0	1	0	15
Mónaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	0	5
Noruega	0	0	0	0	0	1	1	1	3	5	6	7	11	14	21	18	12	19	26	15	35	0	195
Polonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	6	18	12	9	0	50
Portugal	0	0	0	0	0	1	0	2	0	12	15	9	21	30	31	53	40	82	78	98	63	31	573
Reino Unido	1	0	3	3	7	7	27	31	73	81	142	205	229	288	350	396	433	460	472	469	301	120	4.098
Rumanía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	4	0	9	5	10	188	563	383	0	1.168
San Marino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Suecia	0	0	0	0	1	2	4	2	9	16	15	18	37	39	41	48	37	55	76	60	50	0	510
Suiza	0	0	5	1	4	6	7	12	16	26	49	57	93	99	141	188	203	233	195	181	99	0	1.615
Turquía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	7	2	1	8	6	6	4	7	0	44
URSS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	3	7	15	13	6	0	48
Yugoslavia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	7	11	14	25	21	23	25	40	0	174
Total	18	11	18	38	54	125	170	272	443	742	1.085	1.597	2.128	3.062	3.789	4.909	5.242	6.160	6.494	6.609	4.083	432	47.481

i: Primer semestre (enero-junio); ii: segundo semestre (julio-diciembre).

Casos acumulados de SIDA por edad cuando se produce el diagnóstico indicativo de caso y según el sexo, comunicados en la región europea de la OMS a 31/12/90

	Grupo de edad/sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-11 meses	407	1,0	365	5,3	772	1,6
1-4 años	639	1,6	498	7,3	1.137	2,4
5-9 años	95	0,2	40	0,6	135	0,3
10-12 años	58	0,1	12	0,2	70	0,1
13-14 años	63	0,2	4	0,1	67	0,1
15-19 años	258	0,6	76	1,1	334	0,7
20-24 años	2.969	7,3	1.067	15,5	4.036	8,5
25-29 años	9.076	22,3	2.142	31,2	11.218	23,6
30-34 años	8.633	21,3	1.219	17,8	9.852	20,7
35-39 años	6.430	15,8	488	7,1	6.918	14,6
40-49 años	7.688	18,9	365	5,3	8.053	17,0
50-59 años	2.959	7,3	269	3,9	3.228	6,8
≥ 60 años	1.193	2,9	307	4,5	1.500	3,2
Desconocidos	146	0,4	15	0,2	161	0,3
Total	40.614 (85,5%)	100,0	6.867 (14,5%)	100,0	47.481 (100,0%)	100,0

Casos de SIDA por fecha de diagnóstico indicativo de caso y según la categoría de transmisión, comunicados en la región europea de la OMS a 31/12/90

Semestre de diagnóstico	Categoría de transmisión *																		Total	
	HOMO/		UDVP		HOMO UDVP		R. HEMOD.		R. TRANS.		TRA. HET.		TMH		Otros desc.					
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D		
1981: i	8	7	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	4	4	18	16		
1981: ii	3	2	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	4	2	11	8		
1982: i	21	18	1	1	1	1	2	2	3	3	7	7	0	0	3	2	38	34		
1982: ii	28	23	1	1	2	2	2	2	4	2	13	9	2	1	2	1	54	41		
1983: i	69	51	3	2	7	6	6	6	1	1	29	24	5	3	5	4	125	97		
1983: ii	107	89	3	2	2	2	11	11	9	6	33	27	3	1	2	2	170	140		
1984: i	182	156	14	11	3	2	16	15	6	5	32	22	8	7	11	10	272	228		
1984: ii	275	221	32	27	11	9	18	15	17	15	53	41	14	11	23	17	443	356		
1985: i	483	369	87	72	20	17	31	24	19	14	66	48	16	8	20	17	742	569		
1985: ii	635	485	183	143	35	27	50	43	36	20	83	58	27	18	36	28	1.085	822		
1986: i	937	719	308	230	49	36	73	69	48	32	96	65	37	24	49	36	1.597	1.211		
1986: ii	1.160	864	454	316	59	36	92	77	99	70	151	105	43	21	70	52	2.128	1.541		
1987: i	1.578	1.083	762	491	61	45	117	90	158	119	205	132	72	37	109	77	3.062	2.074		
1987: ii	1.881	1.183	1.060	656	89	50	117	85	155	109	271	151	67	26	149	94	3.789	2.354		
1988: i	2.228	1.258	1.614	827	81	44	157	89	175	114	366	202	111	46	177	106	4.909	2.686		
1988: ii	2.238	1.098	1.873	876	89	46	147	81	175	119	394	201	84	33	242	124	5.242	2.578		
1989: i	2.493	1.006	2.269	830	115	45	163	65	197	100	525	230	83	37	315	163	6.160	2.476		
1989: ii	2.605	816	2.263	654	125	39	171	55	283	143	582	210	99	26	356	149	6.494	2.092		
1990: i	2.334	480	2.351	488	101	21	108	38	345	125	593	118	89	37	688	215	6.609	1.522		
1990: ii	1.542	170	1.298	183	53	6	61	14	185	42	399	55	53	11	492	85	4.083	566		
Desc.	131	85	231	63	2	2	12	8	5	3	31	13	2	0	18	7	432	171		
Total	20.948	10.191	14.808	5.864	905	436	1.354	789	1.922	1.044	3.942	1.729	816	348	2.786	1.196	47.481	21.597		
Tasa de letalidad**	48,6		39,6		48,2		58,3		54,3		43,9		42,6		42,9		45,5			

i: primer semestre (enero-junio); ii: segundo semestre (julio-diciembre). C = Casos; D = Defunciones.

* Los casos asociables a varias categorías de transmisión se han incluido en la jerárquicamente más prevalente.

** Debido a la subdeclaración de las defunciones, las tasas de letalidad son menores que los valores reales.

HOMO = Prácticas homosexuales masculinas; UDVP = Usuarios de drogas por vía parenteral; HOMO/UDVP = Ambos factores de riesgo a la vez; R. HEMOD = Recepción de hemoderivados; R. TRANS = Recepción de transfusiones sanguíneas; TMH = Transmisión de madre a hijos; TRA.HET. = Transmisión heterosexual; Desc. = Desconocido.

C A P I T U L O V

ANALISIS CUANTITATIVO

17. ANÁLISIS CUANTITATIVO

17.1. INTRODUCCION

Esta parte de la investigación, compone un capítulo dedicado a la sociología empírica encuadrada dentro de la metodología cuantitativa, producto como se verá más adelante de la formulación de un cuestionario idéntico realizado, por una parte, a la población general española, y por otra, a homosexuales, prostitutas y toxicómanos/as por vía parenteral. Por tanto, se ha tratado de articular la legitimación de la teoría conjuntamente con la verificación empírica a partir de unos resultados que miden esos fenómenos. Este modelo empírico se reintegra luego dentro de la perspectiva metodológica cualitativa, que acaba por dar forma definitiva al soporte fundamental técnico-metodológico de la tesis que se presenta.

Esta aclaración introductoria o previa, no reviste intención alguna de salir irenísticamente de la tan manida polémica enfrentando ambos paradigmas sociológicos. En primer lugar, los dos modelos analíticos coinciden con el objeto central del estudio, es decir, el componente estructural inherente a las poblaciones con prácticas de riesgo frente al SIDA, que las hacen vulnerables a la marginación y anomia por gran parte de la sociedad. Paradójicamente, sin eclecticismo, se ha resuelto acercarse al fenómeno del SIDA, a esa realidad social articulando varias opciones, aún a riesgo de que cuanto más cerca se trate de estar con esa realidad social, más lejos se encontrará su hallazgo. En este sentido, García Ferrando et al, señalan al respecto "Para acercarse a la realidad social, el investigador puede seleccionar una sola perspectiva o articular varias, y aunque nunca podrá resolver la paradoja de que cuanto más se acerque a la realidad social, más se le escapa -porque su acercamiento forma parte de la realidad social-, si articula varias perspectivas el investigador podrá, al menos, acceder a un número mayor de dimensiones de esa siempre compleja realidad social. En consecuencia, podrá comprenderla mejor" (1).

Desde la controversia de lo empírico, surgen las preguntas ¿se ha ignorado la objetividad social? ¿puede haberse confundido lo objetivo con medidas subjetivas encuadradas en actitudes, conductas, modos, opiniones, etc., elementos que, junto a otros, son determinantes dentro del campo investigacional tratado? Finalmente, ¿puede haberse subsumido al empirismo, las formulaciones y conceptualizaciones teóricas?

Para José Garmendia, "la teoría sociológica no es posible sin la investigación sociológica". Naturalmente, ello no quiere decir que sea imposible la existencia de otros saberes acerca de la sociedad, agregándose luego sobre una cita de William L. Kolb: "Sin embargo, esos otros saberes no serán científicos, ya que no incluirán un estudio sistemático y objetivo de fenómenos empíricos junto con los consiguientes cuerpos de conocimiento" (2). La idea de Garmendia, en cuanto a la dicotomía teoría-investigación, se aproxima al modelo de análisis complementario dentro del marco científico entre el desarrollo y repliegue, entre lo simbiótico y la síntesis, entre la generalización o la refutación que acaece en toda investigación, en este caso, sociológica, centrada en un grave problema de salud pública, en una de las mayores y más devastadoras epidemias mundiales.

Sin embargo, es de obligada referencia la crítica que, sobre la sociología y la investigación empírica realizan Theodor W. Adorno y Max Horkheimer. No es intención descubrir en este trabajo la posición intelectual respecto a todo lo empírico en ambos autores a lo largo de su dilatada y extraordinaria producción científica. Simplemente, es necesario, subrayar algunos puntos de real significación. En primer lugar, la afirmación de Adorno y Horkheimer de que "en general, la objetividad de la investigación social empírica es de método, no de lo investigado" (3). Por consiguiente, si la realidad social queda fuera del objeto de investigación, finalmente la estructura social y la humanidad que la entreteje, para convertirse en empirismo frente al método (cuestionarios, entrevistas, cálculos, estadísticas, etc.), "han ignorado la objetividad social, sustancia de todas las relaciones,

instituciones y fuerzas en cuyo interior actúan los hombres: o, al menos, han considerado éstas como accidencias" (4). Al respecto, Miguel Beltrán, al tratar el tema de la discusión en sociología y sus métodos, expone lo tremendamente intrincado que resulta el poner de acuerdo a escuelas de pensamiento y científicas, en relación con la identificación del objeto de estudio, situación que enriquece si se quiere aún más las "características epistemológicas y metodológicas más importantes de nuestra disciplina y, eventualmente, posibles vías de solución para sus querellas" (5). Este autor de tratados tan importantes como "Ciencia y Sociología" o "Sobre el contenido de la realidad social", define su posicionamiento sobre la controversia apuntada, adoptando una "postura teórico-empirista realista, resaltando la necesidad en toda investigación del razonamiento lógico (de la teoría, por tanto) como de los demás datos empíricos", según consta contextualizadamente, en el excelente trabajo que el mencionado científico realiza en el análisis de la realidad social (6).

Es, sin embargo, García Ferrando, quien con la verbalización más coloquial coloca el tema, en una situación con apenas retorno a discusiones trascendentes. Al restarle importancia, por el desarrollo espectacular de la técnica a la aportación empírica, en comparación con años anteriores a todo lo teórico, creativo e innovador, señala: "...habrá que convenir en que, cuando un investigador no tiene capacidades geniales, situación en la que nos encontramos la mayoría de los investigadores, lo mejor que puede hacer es disponer de cuantas mejores herramientas de investigación sea posible encontrar para llevar a cabo su trabajo con rigor y precisión" (7). Esta afirmación, no desmerece al autor probado en numerosos trabajos e investigaciones, más bien señala una de las características más pragmáticas y sincréticas de zanjar la discusión planteada.

De hecho, la idea que subyace está relacionada con la función de que los enunciados declarativos deben contrastarse empíricamente. En esa actitud intelectual, Ferrater Mora señala como la transferencia a la enunciación

de las hipótesis y su refutación, finalmente, al sistema de enunciados verificados algunos de ellos empíricamente (8). Todo esto se halla distanciado de sustentar que todo conocimiento debería ser de carácter empírico, formalización conceptual que convierte lo empírico en empirismo (9). El síndrome de inmunodeficiencia humana permite abordar el objeto de análisis, en el caso del estudio que se presenta, la anomia y marginación social y la conducta desviada en homosexuales, prostitutas, toxicómanos/as desde perspectivas axiomáticas, por tanto, entre la hipótesis y la deducción señalado por Ferdinand Gonseth en "Les mathematiques et la réalité. Essai sur la méthode axiomatique" (10). En consecuencia entre alternativas de investigación, donde una parte teórica metodológica aporta, en su conjunto, convalidaciones empíricas.

17.2. FUNDAMENTACION DEL MODELO EMPIRICO: JUSTIFICACION CUANTITATIVA

El análisis cuantitativo que se presenta, está basado en un cuestionario con un porcentaje muy alto de preguntas relacionadas con la actividad sexual, las prácticas, las creencias, las opiniones acerca de la propia sexualidad de los encuestados e, incluso, la de los "otros". Esto explica ciertas líneas de coincidencia con D. Krench, citado por H. Hyman, quien centra sus críticas relativas a investigaciones empíricas que no consideran las dimensiones psicológicas "como requisito para que la encuesta abarque la totalidad del fenómeno o para elegir de manera racional el nivel de estudio más apropiado" (11).

Uno de los objetivos centrales del trabajo de investigación desarrollado, vincula permanentemente las variables de tipo social con aquellas psicológicas, dando forma orgánica y estructural en expresiones metodológicas descriptivas y explicativas, abarcando paradigmas cognitivos y motivacionales. Recursos que permiten converger con lo señalado por Krench en la necesidad de integrar básicamente las creencias, actitudes, juicios, opiniones, pautas, mitos, conductas, tanto sobre modelos empíricos como teóricos (12).

Aunque incipientemente, es necesario hacer referencia a uno de los puntos presentados como respondientes de la sexualidad de los "otros", situación imaginaria que parece transitar entre lo ideal, como representación deseado del otro/a, y lo pragmático del juicio que se establece, cuando entre el objeto de referencia sólo media la pregunta alejada de los sentimientos de quien contesta, parámetros que han sido considerados básicos a lo largo de todo el modelo elaborado. Sin embargo, también es paradójico, cuando es factible señalar lo paradójico en lo empírico. El ejemplo de T. Harrison tomado de H. Hyman permite recrear ese paradigma, así la "imposibilidad de censar el amor en Liverpool ni tomar al azar una muestra con el propósito de determinar el efecto que el miedo a lo futuro produce la pauta general de la vida

contemporánea en Leeds", afirmación que, favorece adentrarse sin eclecticismos en ciertos paradigmas estructurales (13).

Jesús Ibáñez es contundente al afirmar, superando la contradicción apuntada de T. Harrison, como "la verdad, ha resultado siempre de la articulación de dos pruebas, adecuación a la realidad (prueba empírica) y coherencia del discurso (prueba teórica). Hoy, sabemos que ambas pruebas son imposibles, porque son paradójicas. Es paradójica la prueba empírica porque exige medir la materia con instrumentos hechos de materia (incertidumbre): en nuestro caso, medir el lenguaje con el lenguaje -el lenguaje es instrumento y objeto-. Es paradójica la prueba teórica porque exige hablar del hablar o pensar el pensamiento (incompletitud): en nuestro caso, la sociedad se piensa a sí misma por medio de algunas de sus partes que son los sociólogos. No hay verdades totales ni definitivas: toda verdad es parcial o transitoria" (14).

Un poco de tiempo antes que Jesús Ibáñez publicase lo expuesto, el autor de esta investigación, producía un artículo para el desaparecido diario vespertino "La Tarde de Madrid" relacionando al SIDA y los llamados "grupos de riesgo", en un afán por crear desde la sociología, una corriente favorable a la extirpación de la nomenclatura señalada, que referenciaba (y aún significa) a homosexuales/bisexuales, toxicómanos/as, conjuntamente con prostitutas. Opinión contestada unos días después por la pluma del prestigio de Jesús Ibáñez, como refutación cariñosa e indulgente del maestro.

La recogida de datos, importante en sí misma, se convierte en primordial en relación a la infección del SIDA. El hecho de poder asegurar que la vía sexual es uno de los medios más frecuentes de contagio y transmisión del VIH, convierten el estudio de la sexualidad humana, como algo ineludible y de fundamental transcendencia a la hora de prevenir, planificar y llevar a cabo estrategias tendentes a modificar hábitos de riesgo y promover conductas sexuales de seguridad contra la infección.

El comportamiento sexual es algo, sin duda tan complejo, que no parece haberse desvelado aún. Hasta no hace demasiado tiempo, los intentos de estudiar y escribir sobre temas de sexualidad estaban realizados casi con exclusividad desde las perspectivas del modelo médico o paradigma de carácter moral. La sexualidad humana, siendo un tema central en el desarrollo del individuo y una de sus fuentes de mayor interés, motivación y preocupación, fue primariamente objeto de investigación de las ciencias médicas, que invalidaban cualquier otra aproximación al tema, al considerar y excluir al resto de las ciencias y de los profesionales de otras disciplinas como profanos en la materia. Igualmente, los intentos chocaron con numerosas trabas morales que consideraban inapropiados estos estudios e incluso dañinos para el desarrollo moral de la persona (*1).

Pese a las resistencias individuales, las dificultades socioculturales y los impedimentos institucionales, se han ido incorporando al tema del estudio de la sexualidad humana, aportaciones intelectuales de diversas áreas de conocimiento, imposible de obviar desde la interdisciplina científica.

Las teorías respecto a la sexualidad defendidas por figuras como Schelsky, Mead, Malinowski, Simmel, Freud, Reich, Marcuse, etc., si bien es cierto que algunas de ellas son difícilmente sostenibles, es innegable que han propiciado y abierto un campo que se encontraba atrapado por importantes reduccionismos (fundamentalmente entender la sexualidad exclusivamente desde la óptica de la procreación o desde el ordenamiento ético). De cualquier forma, los resultados de estas teorías arrojaron con sus datos y hallazgos, luz sobre una comprensión más amplia de la

(*1) Julio Iglesias de Ussel recoge varias citas que resultan más o menos anecdóticas sobre las reacciones que encontraron diversos estudiosos de reconocido renombre en algunos medios institucionales y clericales ante la presentación de sus trabajos o simplemente ante el conocimiento de su interés en estos temas. Cf. Julio Iglesias de Ussel (1983) "LA SOCIOLOGIA DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA: NOTAS INTRODUCTORIAS" en REIS nº 43.

actividad sexual humana. Así, se empezó a entrever con claridad que la sexualidad está profundamente afectada por modelos psicológicos personales y por canalización social, y por tanto puede adoptar diferentes formas y expresiones bajo distintas condiciones individuales y sociales.

El comportamiento sexual tiene una especial significación científica para el desarrollo de la vida, ya que conduce a la continuidad de la especie, además es considerado como un fenómeno biológico, a la misma altura que otras precisiones vitales para el individuo como alimentarse o dormir. Es, justamente esta condición biológica, la que induce a buscar fundamentos de la conducta sexual que permitan responder a otras preguntas relativas a los resortes que la mueven o la inhiben, las motivaciones, la capacidad de expresión y a la vez la represión condicionada y modulada muchas veces por los patrones y pautas imperantes en el medio sociocultural del individuo.

Es trivial la afirmación que sólo conceptualiza en categorías biológicas la sexualidad del ser humano. Sin embargo, así definida, provoca la suposición o la evidencia de que no es algo simplemente biológico, sino algo diferente y, al mismo tiempo, divergente. Como se verá más adelante, una parte importante de los investigadores de la sexualidad, demuestran en sus informes, que los comportamientos sexuales, se hallan enmarcados entre lo social y lo cultural, por tanto, diferente entre las distintas sociedades y culturas. Finalmente, en lo que a esta investigación se refiere, convierte a este paradigma, en un modelo netamente sociológico.

Es innegable que los humanos no desarrollan su estructuración sexual simplemente como resultado de una herencia genética y biológica, sino que, sometidos a los patrones de aprendizaje sociocultural, se enseña y aprende, qué actividades sexuales son permisibles y adecuadas, cuáles son "naturales" o "normales", y cuáles no. Además de adoctrinar a los miembros de cada cultura cómo debe expresarse la naturaleza sexual de cada miembro, con qué compañero, en qué momento de sus vidas, cuándo

debe mantenerse abstinente, etc. Esta configuración aparece, no obstante, como una abstracción horizontal y al mismo tiempo simple, donde puede confundirse con posicionamientos demagógicos o panfletarios, en algunos casos provenientes de movimientos feministas extremos.

De allí que resulte interesante observar los cambios producidos en la juventud española sobre comportamiento sexual, medido en escalas opináticas. Para ello, se ha recurrido a un interesante estudio sobre "JUVENTUD ESPAÑOLA" 1960/1982 que, como informe sociológico ha producido la Fundación Santa María (15).

En el citado trabajo, Juan González Anleo desarrolla como hipótesis que: "al desaparecer en el año 1975 el régimen político anterior, la permisividad sexual se acentúa, al existir menores controles que la sociedad imponía en ese ámbito" (16). La consulta estaba referida a contrastar el concepto que sobre las relaciones íntimas entre personas solteras que existían en algunos países. Se obtuvieron las respuestas por categorías sociodemográficas del año 1960 y del año 1975.

Los cambios que aparecen como resultado del estudio empírico es merecedora de gran atención. Aparece como principal conclusión, que se da una mayor tolerancia hacia el comportamiento íntimo de los demás, existen menos respuestas enjuiciadoras del uso que hacen los otros con su libertad sexual. Es también de gran impacto, que en 15 años de diferencia temporal, los hombres adopten conductas favorables a las relaciones sexuales prematrimoniales, en más del 52%, es decir, 35% por encima de 1960, y las mujeres, del 36%, superando en 26 puntos la opinión anterior (17).

No obstante, sin entrar en disquisiciones de comprobación o refutación de la hipótesis de partida de González Anleo, es dable precisar algunos conceptos tendentes a aclarar el marco referencial que se utiliza y el valor sustantivo que se infiere de su análisis. En primer lugar, aparece un hecho destacado, y es que la muerte de Francisco Franco ocurre el día

20 de noviembre del año 1975, precisamente, el año de referencia de la formulación del cuestionario. Por tanto, parece arriesgado el tratar de demostrar, que con la muerte del Jefe del antiguo régimen, se hayan liberalizado los controles sexuales ejercidos sobre la sociedad, donde se ambienta la consulta. De hecho, no ha habido tiempo material ni histórico para producir cambios en el comportamiento y las conductas sexuales, por tan sólo ese motivo.

Ahora bien, suená más a desposeer a los jóvenes de la época reseñada, del conflicto de esa generación inherente a la estructura cultural, cuyo reservorio o fondo de saco emana de los grupos sociales, generalmente jóvenes, y productores hegemónicos del cambio social.

Continuidad-discontinuidad, integración y reproducción cultural y social, desintegración o desviación y cambio, son algunas de las formulaciones que, a modo de contradicciones, plantea Miguel Beltrán, dentro del mismo texto, recientemente citado (18). Esta situación ambivalente "momento de reproducción" versus "momento de transformación", donde una garantiza la continuidad social, mientras la otra, subvierte "valores, normas, símbolos, ideas y creencias, sin indiscriminación, aunque tampoco de forma pasiva, han abarcado con gran fuerza, el fenómeno de la sexualidad. Múltiples trabajos posteriores demuestran que el comportamiento sexual tradicional tiende al abandono de posicionamientos conservadores entre jóvenes y adultos, suavizándose los controles morales, religiosos, familiares o del propio grupo social. Valor intrínseco, en la tesis que se presenta, tiene todo aquello que se corresponda entre el aumento de "hacer el amor", con la despreocupación ante las enfermedades de transmisión sexual, en general, y el SIDA en particular, explicación conceptual y central, que ocupará gran parte del capítulo.

Es menester, sin embargo, algunas consideraciones previas, dentro de la bibliografía de corte sociológico que se halla en la literatura sobre el tema. A nivel mundial se concede especial reconocimiento a la enorme

cantidad de datos sociológicos, recopilados desde 1939 hasta 1952 por Kinsey y col., donde a través de encuestas y entrevistas a la población norteamericana, consiguieron reflejar los modelos de conducta sexual en los EE.UU, y abrió las puertas al estudio y la investigación de la respuesta sexual humana, sin olvidar variables de tipo social. Partiendo del conocimiento de esa investigación sociológica de A.C. Kinsey, pero considerando que el estudio no recogía la respuesta fisiológica y psicológica a la estimulación sexual, en 1954 se inició en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, el estudio, dirigido por Masters y Johnson, y que duraría años, sobre la anatomía y la fisiología de la respuesta sexual humana. Masters y Johnson declaran que sin el "adecuado sostén de la fisiología sexual básica, la mayor parte de la teoría psicológica continuará siendo una teoría, así como la mayor parte del concepto sociológico seguirá siendo un concepto" justificando así el estudio de la respuesta sexual, estableciendo la anatomía de la respuesta a la estimulación sexual y registrando variables individuales y fisiológicas masculinas y femeninas, además de la respuesta sexual geriátrica. Todo ello se llevó a cabo a través de un exhaustivo interrogatorio (médico, social, psicosexual) en sujetos de estudio y de población general (19).

Las investigaciones de Kinsey et al y las de Masters y Johnson se han convertido, por la magnitud de sus aportaciones, en referencias obligadas dentro de las publicaciones que, con rigor, se manejan en temas de sexualidad. Sin embargo, Hyman y Sheatsley señalan que, desde la metodología cuantitativa y sobre modelos descriptivos, el "Informe Kinsey", desglosa los datos estadísticos para varios grupos de población, tratando de explicar e interpretar los descubrimientos sobre el comportamiento sexual (20). Es decir, al determinar cuál es el proceso causal, han divagado en una serie de nuevas especulaciones, donde carecen para tal estructuración empírica de datos sobre los factores psicológicos y otros auxiliares de fundamental condicionamiento sociológico.

El ejemplo, que presentan ambos autores sobre dicho informe, es esclarecedor y encaja en este proyecto. Espigando en la cita, se encuentra que, "las relaciones homosexuales entre hombres, tanto solteros como casados son, a veces, un sustituto de contactos heterosexuales menos accesibles". "Tanto los hombres solteros como los casados, eligen, de modo deliberado, la homosexualidad como fuente preferida de satisfacción, y buen número de personas sin distinción de estado civil, que realizan a la vez experiencias heterosexuales y homosexuales en la misma época, aceptan la homosexualidad simplemente como una clase diferente de satisfacción sexual" (21).

17.3. COMPLEMENTARIEDAD EN EL MODELO EMPIRICO SOBRE DATOS DE SIDA

La breve y perfectible introducción a los métodos empíricos, en particular al cuantitativo descrito, pero sobre todo, el análisis que se desarrolla en esta investigación sobre los componentes sociológicos entre poblaciones y grupos de homosexuales/bisexuales, prostitutas, toxicómanos/as, por vía parenteral y heterosexuales, demuestra que, teniendo como doble objeto de estudio, el de la propia sexualidad y el SIDA, inherentes a las prácticas de riesgo emergentes, el informe Kinsey aparece como un trabajo singular para su época, aunque alejado técnica y metodológicamente, de este modelo de análisis. Las técnicas han dado un vuelco espectacular en prácticamente seis décadas, y el método no es el mismo utilizado en este proyecto.

Por último, la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana como una epidemia transmitida por la sangre, las relaciones sexuales sin medidas de prevención al VIH, el contagio perinatal de la madre infectada o enferma de SIDA sobre su hijo/a, que desarrollarán la morbilidad en más del 30% de los casos y que, a la vez, morirán al poco tiempo del diagnóstico, terminan por sepultar una parte importante de las hipótesis formuladas por Kinsey y colaboradores. Es de hacer notar, no obstante, que los trabajos del científico señalado, coincidieron con la aparición de los antibióticos que acababan con la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad, paradójicamente, existen los medicamentos, pero, cien millones de personas en el mundo se infectan por año de enfermedades transmitidas sexualmente. Reflexión que permite pensar que con el SIDA, podría ocurrir otro tanto cuando se descubra la vacuna y una terapéutica definitiva, puesto que la vacuna deberá ser siempre la prevención y anticipación social, descartándose entonces, la vía terapéutica.

Sobre modelos diferentes, pero especialmente aptos para contrastar en este trabajo, se ha realizado un excelente estudio sobre el comportamiento sexual humano y animal. Se trata del diseño llevado a cabo

durante varios años, por Frank A. Beach y Clellan S. Ford sobre la conducta sexual. Los hallazgos de otros especialistas y el prototipo conceptual de los autores, son examinados teniendo en cuenta los factores sociales, biológicos y psicológicos que determinan o condicionan el comportamiento sexual. Dichos creadores, analizaron la conducta sexual humana dentro de 192 sociedades diferentes y compararon sus observaciones con el comportamiento sexual de la especie animal, fundamentalmente mamíferos. Dos ideas hegemónicas surgen con fuerza de este importante estudio: por una parte, la existencia de factores sexuales basados y determinados por procesos fisiológicos y, por otra, factores de índole psicológico y antropológico, explican la mayor parte de las diferencias de la conducta sexual humana, ya que no se deberían a procesos funcionales de tipo hormonal o del sistema nervioso central, sino a la influencia y modelaje del aprendizaje social, a los que el individuo se ve sometido dentro de la sociedad donde se encuentra insertado. Ford y Beach abogaban por entender la actividad sexual humana como una conducta primordialmente "aprendida" (22).

Además de estos trabajos estrictamente científicos, valorados y encomiados con gratitud por investigadores de distintas disciplinas y legos en la materia, a partir de los años 60 y 70 se empiezan a multiplicar las publicaciones relacionadas con temas sexuales, con este desarrollo, sin embargo, se produce algo paradójico. Por una parte se trata de una materia de reconocida importancia y preocupación a nivel general, además se sabe que la publicación de estos temas tiene asegurada la rentabilidad de su explotación comercial, pero, sin embargo, hay que reconocer que todo ello no se ha traducido significativamente en un conocimiento y comprensión suficiente y aceptable de la sexualidad humana sobre indicadores de población general. Es decir, a pesar de la gran cantidad de bibliografía que existe actualmente sobre sexualidad, a nivel divulgativo y a escala científica, se tiene la certeza que aún medido sobre parámetros profesionales e intelectuales se opinaría que falta información sexológica, que los conocimientos actuales sobre el sexo no son

todavía satisfactorios, ni suficientemente tratados con profundidad (*2).

En lo que se refiere a España, puede consultarse un excelente trabajo de revisión bibliográfica sobre la sociología de la sexualidad, ya citado, publicado por J. Iglesias de Ussel en 1983. En esta publicación se aborda el análisis de la configuración de la sexualidad española, examinando algunos acontecimientos -como por ejemplo, el influjo de la cultura árabe, el papel de la Inquisición, las posturas del movimiento anarquista, los cambios durante la II República y los cambios en la sexualidad durante el franquismo- con sus vinculaciones con la sexualidad. Los últimos trabajos recogidos por Iglesias de Ussel, son agrupados en cinco apartados: impresionistas o costumbristas; jurídicos; médico-psicológicos; sociológicos y críticos donde se va realizando un repaso de las publicaciones más importantes dentro de cada uno de estos apartados. En opinión de este autor y después de efectuada la revisión bibliográfica, los estudios sociológicos sobre sexualidad en España cuentan con las siguientes características generales:

- " - Se trata, sobre todo, de estudios de actitudes y no de comportamientos.
- Abordan especialmente la sexualidad individual y no en pareja.
- Buena parte de los estudios examinan las actitudes ante la sexualidad entre estudiantes, principalmente universitarios. Por tanto, inciden sobre la clase media y alta.
- Lo anterior explica que se haya prestado más atención a la sexualidad prematrimonial que a la matrimonial.

(*2) El propio Instituto Kinsey de la Universidad de Indiana (EE.UU) ha publicado el libro "THE KINSEY INSTITUTE NEW REPORT ON SEX" en el cual se combina las investigaciones de Kinsey con los resultados de una encuesta de 18 preguntas sobre sexo, realizada a 2.000 norteamericanos adultos. Los resultados fueron que sólo el 45% de los encuestados consiguió "aprobar" el examen, contestando correctamente a 10 de las preguntas. TIME, Nueva York, 16-9-90.

- La misma razón explica la concentración de estudios sobre la sexualidad de los jóvenes, y no de los adultos de todos los estados civiles.
- La mayoría se centran en la heterosexualidad y
- En buena parte los estudios sobre sexualidad están vinculados al análisis del control de natalidad" (23).

Como puede observarse, a pesar de que el primer caso de SIDA en España se produce en el año 1981, Iglesias de Ussel, en su magnífica revisión histórica, cultural, psicológica, sociológica con contenidos en todos los campos, originales, deja de lado la epidemia de mayor transcendencia sexual de nuestro siglo. Es que para entonces, año 1983, cuando se escribe el texto, el SIDA, o bien era desconocido para gran parte de los ciudadanos del mundo en general, o pertenecía a "grupos", en su mayoría "de riesgo", que nada tenía que ver con tratados sobre sexualidad humana normal o aún patológica. El VIH positivo, superaba cualquier prueba intelectual que recayese sobre este fenómeno. En España se estudiaba para entonces, mucho más el síndrome tóxico que el de inmunodeficiencia adquirida, situación poco a poco revertida, hasta dejar en el olvido, salvo manifestaciones testimoniales a cargo de los propios afectados, a los miles de personas contaminadas por el aceite de colza que, ¿ha provocado? (a pesar de la enorme repercusión social, se conoce muy poco aún) muchas muertes y minusvalías permanentes. Todavía sigue siendo una incógnita.

La hipótesis que se deduce de la investigación, para la tesis, no confiere al estudio de la sexualidad el único tema central de la misma, pero es innegable que aborda la idea desde una perspectiva de parcialidad que justifica esta introducción. Por otra parte, se considera, que el gran acopio de datos básicos para el análisis de la sexualidad obtenidos mediante las preguntas relacionadas con: las prácticas sexuales (masturbación, coito, estimulación bucal, etc.); con su frecuencia (desde nunca, a veces, siempre); con las preferencias (compañeros, lugares, dificultades, etc.); con la satisfacción (autosatisfacción, con

la pareja, fuera de la pareja, etc.); con la actividad sexual (número de parejas sexuales a lo largo de la vida); con el conocimiento de métodos anticonceptivos y de la prevención con las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); con las opiniones que les sugieren otro tipo de sexualidades diferentes a la del encuestado, desagregado entre variables y categorías demográficas, educativas, económicas, finalmente, patrones sociales y psicológicos, etc., completan un amplio estudio.

Todo ello ofrece sin duda, una casuística de gran interés sobre la sexualidad de la población general española y la de colectivos, que como se verá, en capítulos posteriores, ofrecen una muy diferente actividad y desarrollo de su propia sexualidad. La referencia está concebida sobre las otras tres poblaciones estudiadas, la de prostitutas, la de homosexuales y la de personas adictas a drogas por vía intravenosa. Pero lo más importante se concreta, al analizar posteriormente los cambios producidos dentro de la sexualidad de los españoles a causa del SIDA, las resistencias ante la modificación de hábitos de riesgo y al impacto que la aparición del virus de inmunodeficiencia humana ha originado dentro de la vida sexual de los españoles en general, y dentro de las poblaciones de mayor exposición al VIH por sus prácticas de riesgo, en particular. La sexualidad y el SIDA, conforman un binomio de enorme transcendencia, donde hallan explicación todas y cada una de las variables que como objeto de estudio se plantean, sobre las hipótesis de la marginación, estigmatización, conducta desviada y anomia hacia las poblaciones expuestas a la epidemia.

B I B L I O G R A F I A

1. Manuel García Ferrando et al (1986) EL ANALISIS DE LA REALIDAD SOCIAL. METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION. Ed. Alianza, Universidad textos, Madrid, pp. 10 y 11
2. Cf. José A. Garmendia (1978) SOCIOLOGIA. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, pp. 112-113. William L. Kolb: "SCIENCE" en Julius Gould y William L. Kolb. A DICTIONARY OF THE SOCIAL SCIENCES. The Free Press. Nueva York, 1969. pág. 620.
3. Theodor W. Adorno y Max Horkheimer (1979) SOCIOLOGIA. Ed. Taurus Ediciones, S.A. Tercera Edición. Octubre de 1979. p. 216.
4. Theodor W. Adorno y Max Horkheimer, op. cit., p. 216.
5. Miguel Beltrán (1986) "El diseño de la investigación social. Cuestiones previas acerca de la ciencia de la realidad social" en García Ferrando et al. EL ANALISIS DE LA REALIDAD SOCIAL. METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION, op. cit., p. 156.
6. Miguel Beltrán (1986) ibídem
7. Manuel García Ferrando (1986), op. cit. 124
8. José Ferrater Mora (1984) DICCIONARIO DE FILOSOFIA. Ed. Alianza Editorial, 5ª Edición, Madrid. Tomo 2, pp. 919-923.
9. Paul K. Feyerabend, "EXPLANATION, REDUCTION AND EMPIRICISM", en Hebert Feigl, Grover Maxwell, eds. Minnesota Studies in the Philosophy of Science. 3: Scientific Explanation, Space and Time, 1962, pp. 28-97 "HOW TO BE A GOOD EMPIRICIST: A PLEA FOR TOLERANCE IN

MATTERS EPISTEMOLOGICAL" en Delaware seminar in the Philosophy of Science, 2 (1963), pp. 3-39.

10. José Ferrater Mora (1984) AXIOLOGIA. DICCIONARIO DE FILOSOFIA, op. cit. Tomo 1, p. 266, cita a Ferdinand Gonseth
11. Herbert Hyman (1984) DISEÑO Y ANALISIS DE LAS ENCUESTAS SOCIALES. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2ª Reimpresión, pp. 135-136.
12. D. Krench (1948) "PUBLIC OPINION AND PSYCHOLOGICAL THEORY" en Int. Att. Res., 2. pp. 85-88. D. Krench y R. Crutchfield, (1947) "THEORY AND PROBLEMS OF SOCIAL PSYCHOLOGY". Nueva York: McGraw-Hill.
13. T. Harrison (1947) "THE FUTURE OF BRITISH SOCIOLOGY" en J. Opin. Ahit. Res 1, nº 1, pp. 47-62. Tomado de H. Hyman (1984) "DISEÑO Y ANALISIS DE LAS ENCUESTAS SOCIALES" Amorrortu Editores, segunda reimpresión en castellano, Buenos Aires, p. 56.
14. Jesús Ibáñez (1986) INTRODUCCION EN EL ANALISIS DE LA REALIDAD SOCIAL, en Manuel García Ferrando (comp.) Ed. Alianza Universidad Textos, Madrid, p. 10.
15. JUVENTUD ESPAÑOLA (1960/82) 1984. Fundación Santa María. Ediciones S.M. Madrid.
16. Juan González Anleo (1984), LOS JOVENES ESPAÑOLES Y LA FAMILIA. En Juventud Española 1960/82, p. 96.
17. Juan González Anleo, ibídem
18. Miguel Beltrán (1984). LA SUBCULTURA JUVENIL. En Juventud Española 1960/1982. op, cit. pp. 178-179

19. Masters y Johnson (1978) RESPUESTA SEXUAL HUMANA Ed. Intermédica, Buenos Aires, pp. V-VII
20. Herbert Hyman (1984) op. cit., pp. 165-166.
21. Herbert Hyman (1984), ibidem
22. Frank A. Beach y Clellan S. Ford, (1978) CONDUCTA SEXUAL Ed. Fontanella, Barcelona, existe una primera edición en la misma editorial datada en 1969
23. Julio Iglesias de Ussel, (1983) LA SOCIOLOGIA DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA: NOTAS INTRODUCTORIAS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, REIS nº 43, p. 122

ANEXO II

FICHA TECNICA

ANEXO IFICHA TECNICA

1. UNIVERSO: PERSONAS MAYORES DE 14 AÑOS
2. AMBITO: ESPAÑA, INCLUIDA CANARIAS Y BALEARES
3. AFIJACION: PROPORCIONAL PARA LA SUBMUESTRA DE POBLACION GENERAL, POR REGIONES, HABITATS, SEXO Y EDAD.

PROPORCIONAL ENTRE CIUDADES DE MAS CIENTO MIL HABITANTES PARA EL RESTO DE LA SEGMENTACION DE LA MUESTRA.

MUESTRA REALIZADA:

- A) 1.117 ENTREVISTAS VALIDAS A POBLACION GENERAL
- B) 200 ENTREVISTAS VALIDAS A POBLACION TOXICOMANA O EX-TOXICOMANA POR VIA PARENTERAL
- C) 210 ENTREVISTAS VALIDAS A POBLACION DE PROSTITUTAS
- D) 201 ENTREVISTAS VALIDAS A POBLACION HOMOSEXUAL (MASCULINA Y FEMENINA)

VALIDEZ ESTADISTICA PARA LAS SUBMUESTRAS:

- A) 1.117 ENTREVISTAS ENTRE POBLACION GENERAL, CON UN ERROR DE +/- 3,5%, CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES ESTADISTICAS: NIVEL DE CONFIANZA = 2 SIGMAS (95.5%) Y LA VARIANZA POBLACIONAL P/Q=50/50 (LA MAXIMA PERMISIBLE), N=1.117, SEGUN LA FORMULA DE ERROR:

$$E = \sqrt{\frac{\sigma^2 \times P \times Q}{n}}$$

- B) ≥ 200 ENTREVISTAS PARA CADA UNO DE LOS COLECTIVOS SIGUIENTES: TOXICOMANOS Y EX-TOXICOMANOS, PROSTITUTAS Y HOMOSEXUALES/BISEXUALES. CON UN ERROR DE +/- 7.0%, PARA LAS MISMAS CONDICIONES ESTADISTICAS.
5. SELECCION DE LAS UNIDADES MUESTRALES: ALEATORIA, POR CUOTAS DE HABITATS, SEXO Y EDAD, SOLO PARA LA SUBMUESTRA DE POBLACION GENERAL. LAS RESTANTES SUBMUESTRAS POR LA CONSIDERACION DEL ENTREVISTADO DENTRO DE LAS CARACTERISTICAS DE: HOMOSEXUAL/BISEXUAL, TOXICOMANO O EX-TOXICOMANO Y PROSTITUTA, SOLO POR CUOTAS PARA EDAD Y SEXO.
 6. ENTREVISTA: SE HAN REALIZADO MEDIANTE ENTREGA DE UN CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE. CUANDO EL ENTREVISTADO LO HA PEDIDO POR MOTIVO DE ANALFABETISMO O DIFICULTAD PARA ENTENDER LAS PREGUNTAS, HA SIDO RELLENADO POR EL ENTREVISTADOR BASANDOSE EN LAS CONTESTACIONES VERBALES DEL ENCUESTADO.
 7. CONTROL DE CONSISTENCIA DE LOS DATOS: SE HAN REALIZADO PREGUNTAS "FILTRO" CONDICIONADAS LAS UNAS CON LAS OTRAS, Y PREGUNTAS DE ATENCION QUE HAN OPERADO COMO CONTROL INTERNO DEL CUESTIONARIO.
 8. INFORMATIZACION: POR MEDIO DE UN EQUIPO INFORMATICO QUE OPERA CON EL PAQUETE DE PROGRAMAS "SPSS" (PROGRAMA CIENTIFICO PARA LAS CIENCIAS SOCIALES). REALIZACION DE CRUCES BIVARIADOS Y MULTIVARIADOS, A LOS QUE SE LES APLICA ESTADISTICAMENTE EL "ANALISIS DE VARIANZA" Y EL "ANALISIS DE SIGNIFICACION".

9. EMPRESA DE CODIFICACION: SIGMA DOS
10. REALIZACION DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTRE LOS DIAS 11 Y 17 DE JULIO DE 1988. ENCUESTACION A LAS POBLACIONES EXPUESTAS DE HOMOSEXUALES/BISEXUALES, PROSTITUTAS Y TOXICOMANOS/UDVP, POR MEDIO DE UN EQUIPO DE COLABORADORES HABITUALES DEL CENTRO DE ANALISIS SOCIAL (BECARIOS, ESTUDIANTES DE LOS CURSOS DE LA U.I.M.P.). EL SONDEO A LA POBLACION GENERAL FUE REALIZADO POR LA PROPIA RED DE CAMPO DE LA EMPRESA SIGMA DOS). LA SUPERVISION DE TODO EL ESTUDIO EMPIRICO FUE EFECTUADA POR EL DOCTORANDO.

ANEXO III

CUESTIONARIO

INTRODUCCION: Con objeto de contribuir a una lucha más eficaz contra un grave problema de nuestro tiempo, el virus del SIDA, solicitamos su valiosa colaboración en este Estudio. Aunque se le hacen preguntas de carácter íntimo y personal, éstas son absolutamente necesarias para poseer un conocimiento de infección que sea útil para su prevención. El mejor aliado del SIDA es la falta de información.

Se garantizará, en todo momento, la confidencialidad y anonimato de las opiniones que sólo serán tratadas a efectos estadísticos, le agradecemos de antemano su sincera colaboración.

NOTA: Ponga un círculo sobre el número de la respuesta elegida. Si no quiere contestar alguna pregunta, déjela en blanco y continúe con la siguiente.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

1. ¿Me podría decir en qué grado está Vd. satisfecho o insatisfecho con los siguientes aspectos de su vida?

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Indi- ferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho	N.S./ N.C.
Amistades (relaciones sociales) ..	1	2	3	4	5	0
El tiempo libre	1	2	3	4	5	0
Familia	1	2	3	4	5	0
Trabajo o Estudio	1	2	3	4	5	0
Sexualidad	1	2	3	4	5	0
Sueldo	1	2	3	4	5	0
Salud	1	2	3	4	5	0
Vivienda	1	2	3	4	5	0

2. ¿Dentro de qué características sexuales se encuentra Vd. encuadrado?

Sólo siente atracción o tiene relaciones con el sexo contrario (heterosexual)	1
Sólo siente atracción o tiene relaciones con personas de su mismo sexo (homosexual)	2
Siente atracción o tiene relaciones con personas de ambos sexos (bisexual)	3
He cambiado de sexo (transsexual)	4
N.S./N.C.	0

3. ¿Siente algún tipo de marginación social por sus características sexuales?

No siento ningún tipo de marginación	1	Me siento marginado	3
En algunas ocasiones me siento marginado	2	N.S./N.C.	0

4. ¿A qué edad supo Vd. el tipo de sexualidad que más le atraía?

Menos de 7 años	1	Entre los 16 y 20 años	4	Más de 25 años	5
Entre los 7 y 11 años	2	Entre los 21 y 25 años	5	N.S./N.C.	0
Entre los 12 y 15 años	3				

5. ¿Ha sentido a lo largo de su vida si la sexualidad identificada con Vd. ha variado?

Sí	1	→ ¿Me podría decir en qué sentido ha variado?
No	2	
N.S./N.C.	0	

6. A lo largo de su vida, ¿con qué número de personas distintas recuerda haber tenido relaciones sexuales completas?

Con una	1	Entre 51 y 200	5	Más de 2.000	8
Entre 2 y 5	2	Entre 201 y 500	6	Ninguna	9
Entre 6 y 20	3	Entre 501 y 2.000 ...	7	N.S./N.C.	0
Entre 21 y 50	4				

7. ¿Y en los últimos doce meses?

Con una	1	Entre 51 y 200	5	Más de 2.000	8
Entre 2 y 5	2	Entre 201 y 500	6	Ninguna	9
Entre 6 y 20	3	Entre 501 y 2.000 ...	7	N.S./N.C.	0
Entre 21 y 50	4				

8. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. el acto sexual?

Más de 5 veces al día	1	2 ó 3 veces por semana	4	Nunca	7
Entre 2 y 4 veces al día ...	2	2 ó 3 veces al mes	5	No puedo (impotencia)	8
Una vez al día	3	Varias veces al año	6	N.S./N.C.	0

9. ¿Siente Vd. satisfacción cuando realiza el acto sexual con ...?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	N.S./ N.C.	No realizo
Su pareja	1	2	3	4	5	0
En una relación fuera de su pareja	1	2	3	4	5	0
Prostitutas/os y chaperos	1	2	3	4	5	0
Con clientes	1	2	3	4	5	0
Con cualquiera	1	2	3	4	5	0

10. ¿Cuál es la mayor dificultad que ha encontrado para realizar el acto sexual?

Soy tímido/a	1	No puedo correrme	5	Otras (ESPECIFICAR)	9
No sé ligar	2	Soy impotente	6	N.S./N.C.	0
No tengo ningún tipo de dificultad	3	Paso del sexo	7		
Me siento feo/a	4	Estoy enfermo/a	8		

11. ¿Dónde prefiere realizar el acto sexual? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

En la cama	1	En el campo, jardines, parques	5	En cualquier sitio	9
En la calle	2	En lugares normalmente prohi- bidos	6	Otros (ESPECIFICAR)	
En el coche	3	Sauna/locales gay	7	N.S./N.C.	0
En el baño	4	Cuartos oscuros/locales gay ...	8		

12. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia realiza los siguientes actos sexuales?

	Siempre	A menudo	A veces	Alguna	Nunca	N.S./N.C.	No procede
Realizo la eyaculación oral	1	2	3	4	5	0	6
Recibo la eyaculación oral	1	2	3	4	5	0	6
Realizo el coito vaginal	1	2	3	4	5	0	6
Recibo el coito anal	1	2	3	4	5	0	6
Realizo la penetración anal (SOLO HOMBRES) ...	1	2	3	4	5	0	6
Estimulación bucal de los genitales	1	2	3	4	5	0	6
Estimulación bucal de los genitales recíproca	1	2	3	4	5	0	6
Hacerlo con varias personas a la vez	1	2	3	4	5	0	6
Me masturbo	1	2	3	4	5	0	6

13. ¿Qué métodos de higiene utiliza para realizar el acto sexual? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

No utilizo nada	1	Utilizo siempre preservativos y antisépticos ...	6
Utilizo siempre preservativos	2	Otros (ESPECIFICAR)	7
Sólo utilizo preservativos con desconocidos	3	N.S./N.C.	0
Sólo me lavo al terminar el acto sexual	4		
Sólo utilizo preservativos para el coito anal ..	5		

14. ¿Con qué frecuencia pasa Vd. revisiones médicas relacionadas con el sexo?

Una vez al mes	1	Cada 6 meses	3	No realizo nunca	5
Cada 3 meses	2	Cada año	4	N.S./N.C.	0

15. ¿Qué método anticonceptivo utiliza preferentemente cuando realiza el acto sexual?

Utilizo preservativos	01	Ligadura de trompas	05	Ninguno	09
El Ogino	02	Píldora	06	Otros (ESPECIFICAR)	10
El D.I.U.	03	Vasectomía	07	N.S./N.C.	00
La marcha atrás (coitus interruptus)	04	Me lavo inmediatamente	08		

16. En cualquier caso, cuando ha usado preservativos ...

	Sí	No	N.S./N.C.
Usa normalmente la misma marca	1	2	0
Prefiere la calidad al precio	1	2	0
Le han restado sensibilidad	1	2	0
Su pareja los prefiere a otro medio	1	2	0
Le resta placer	1	2	0
Los considera seguros	1	2	0
Se le ha roto alguna vez	1	2	0

17. De cada diez veces que realiza el acto sexual, ¿en cuántas ocasiones utiliza el preservativo?

_____ ocasiones

18. Y de cada 100 veces que usa el preservativo, ¿cuántas veces se le rompe?

_____ veces

19. ¿Y el lugar de compra es ...?

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca	N.S./N.C.	No utilizo
En farmacias	1	2	3	4	0	5
En puestos ambulantes	1	2	3	4	0	5
En máquinas expendedoras	1	2	3	4	0	5

20. ¿Con qué frecuencia ha ingerido semen?

Siempre que quiero	1	Alguna vez	4	Nunca	6
Siempre que me apetece	2	Una sola vez en mi vida	5	N.S./N.C.	0
Siempre que me lo proponen ..	3				

21. ¿Ha observado después de realizar el acto sexual en Vd. o su compañero/a algún traumatismo en el que se haya producido sangre?

Sí, a menudo	1	Sí, rara vez	3	N.S./N.C.	0
Sí, con alguna frecuencia ...	2	No, nunca	4		

22. ¿Me podría decir a lo largo de su vida, con qué frecuencia ha utilizado la prostitución masculina o femenina?

Una vez	1	Entre 21 y 50 veces	5	Más de 200 veces	8
Entre 2 y 5 veces	2	Entre 51 y 100 veces	6	Ninguna	9
Entre 6 y 10 veces	3	Entre 101 y 200 veces	7	N.S./N.C.	0
Entre 11 y 20 veces	4				

23. ¿Y en los últimos doce meses?

Una vez	1	Entre 21 y 50 veces	5	Más de 200 veces	8
Entre 2 y 5 veces	2	Entre 51 y 100 veces	6	Ninguna	9
Entre 6 y 10 veces	3	Entre 101 y 200 veces	7	N.S./N.C.	0
Entre 11 y 20 veces	4				

24. ¿Es Vd. partidario/a de legalizar la prostitución?

Sí	1	No	2	N.S./N.C.	0
----------	---	----------	---	----------------	---

25. ¿Tiene en la actualidad, o ha tenido, pareja estable?

Sí tengo	1	No	3
Sí, he tenido	2	N.S./N.C.	0

SOLO PARA LOS QUE HAN CONTESTADO "SI" (Dígitos 1 ó 2) EN P.25:

26. En su vida de pareja, ¿ha mantenido relaciones sexuales fuera de su pareja estando emparejado?			
Una vez en mi vida	1	Imnumerables veces	3
Varias veces	2	Nunca	4
		N.S./N.C.	0

27. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre, o de hemoderivados, en los últimos ocho años?

Sí 1 → PASAR A P.28

No 2

N.S./N.C. 0

67

SOLO PARA LOS QUE HAN CONTESTADO "SÍ" (Dig.1) EN P.27:

28. ¿Cuántas aproximadamente?

_____ transfusiones

29. ¿Qué número de estas transfusiones las recibió con anterioridad a 1985?

_____ transfusiones

68
69

70
71

30. En caso de que una mujer -embarazada- fuera portadora del virus del SIDA, con lo que el feto pudiera ser portador de la enfermedad, ¿sería Vd. partidario/a de que abortara?

Sí, en cualquier caso 1

No, en ningún caso 3

Sí, siempre que no excediera los tres meses

N.S./N.C. 0

de embarazo 2

72

31. ¿Con cuál de las siguientes opiniones relacionadas con el sexo está Vd. de acuerdo y con cuáles no?

Sí No N.S./N.C.

Sólo las relaciones sexuales entre hombre y mujer son normales 1 2 0

Todas las formas sexuales son normales 1 2 0

Los homosexuales-bisexuales son enfermos/as 1 2 0

Los homosexuales-bisexuales son unos degenerados 1 2 0

Todos los desviados serán castigados por Dios 1 2 0

A los homosexuales-bisexuales hay que tratar de curarlos 1 2 0

73
74
75
76
77
78

32. ¿En qué grado conoce Vd. las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal N.S./N.C.

Sífilis 1 2 3 4 5 0

Gonococia (Purgaciones) 1 2 3 4 5 0

Granuloma inguinal 1 2 3 4 5 0

Chancro blando 1 2 3 4 5 0

Herpes genital 1 2 3 4 5 0

Sarna 1 2 3 4 5 0

SIDA 1 2 3 4 5 0

Berrugas (Papilomas genitales) 1 2 3 4 5 0

79
80
81
82
83
84
85
86

33. Por favor, ¿me puede definir brevemente qué es el SIDA?

87
88

34. ¿Qué medio de comunicación ha utilizado preferentemente para informarse sobre el SIDA?

Folleto informativo 1

Radio 4

Periódicos/Revistas 2

Otros (ESPECIFICAR)

N.S./N.C. 0

Televisión 3

5

89

35. ¿En qué medida le han impactado los siguientes hechos o campañas para darse por enterado de la infección por el virus del SIDA?

Mucho Bastante Algo Poco Nada N.S./N.C.

La muerte de Rock Hudson 1 2 3 4 5 0

Que entre homosexuales-bisexuales, heroinómanos y prostitutas, tuviera una mayor incidencia 1 2 3 4 5 0

La campaña televisiva "SI DA" - "NO DA" del Ministerio de Sanidad y Consumo 1 2 3 4 5 0

Que fuese un problema de Salud Pública, también heterosexual 1 2 3 4 5 0

Las campañas de los comités ciudadanos anti-SIDA 1 2 3 4 5 0

Las campañas de las Comunidades Autónomas 1 2 3 4 5 0

90
91
92
93
94
95

36. Concretamente, ¿cómo juzga la labor de las Instituciones Públicas en la prevención del SIDA?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala N.S./N.C.

Ministerio de Sanidad y Consumo 1 2 3 4 5 0

Comunidades Autónomas 1 2 3 4 5 0

Centros de Promoción de la Salud (Ayuntamientos) 1 2 3 4 5 0

Centros de desintoxicación 1 2 3 4 5 0

Comités Ciudadanos Anti-SIDA 1 2 3 4 5 0

96
97
98
99
100

37. Particularmente, ¿qué grado de información cree Vd. que tiene sobre la infección del virus del SIDA?

Muy alto 1

Medio 3

Muy bajo 5

Alto 2

Bajo 4

N.S./N.C. 0

101

38. ¿Cómo considera Vd. la información que aporta la Administración Pública sobre el SIDA?

Es totalmente cierta 1

En gran medida falta a la verdad 3

Ocultar parte de la verdad para no crear pánico

N.S./N.C. 0

en la población 2

102
103
104

39. ¿Qué medidas preventivas utilizaría, por orden de importancia, para evitar el contagio del SIDA?

1ª

2ª

3ª

105
106
107
108

40. ¿Qué opinión le merece la actuación contra el SIDA de las autoridades penitenciarias?

Muy buena 1

Regular 3

Muy mala 5

Buena 2

Mala 4

N.S./N.C. 0

109

41. ¿Con cuál de los siguientes medios cree Ud. que se transmite el virus del SIDA?

	Sí	No	N.S./N.C.
Por medio de los alimentos y el agua	1	2	0
Por medio de transfusiones sanguíneas	1	2	0
Por medio de mosquitos y otros insectos	1	2	0
Por medio de besos	1	2	0
Por medio del acto sexual homosexual	1	2	0
Por medio del acto sexual heterosexual	1	2	0
Por medio de objetos cortantes, utilizados por una persona infectada	1	2	0
Por medio del aire respirado de una persona infectada	1	2	0
Otras (ESPECIFICAR)	1	2	0

42. Preferentemente, ¿de dónde ha recabado información/educación sexual a lo largo de su vida? (2 RESPUESTAS)

De asociaciones ciudadanas 1	De maestros/profesores 4	De los medios de comunicación 7
De mis padres 2	De mis hermanos 5	N.S./N.C. 0
De personal sanitario 3	De mis amigos 6	

43. Desde que tuvo conocimiento del SIDA, ¿ha cambiado su vida?

Sí 1	→ ¿Puede decirnos en qué?
No 2	
N.S./N.C. 0	

44. De todos los temas sexuales, ¿cuál es el que más le preocupa, esté o no relacionado con el SIDA?

45. ¿Ha cambiado su vida sexual el SIDA?

Sí 1	→ ¿Puede decirnos en qué?
No 2	
N.S./N.C. 0	

46. ¿Exige Ud. a barberos, manicuras, acupuntores, tatuadores, etc. la utilización de utensilios nuevos o esterilizados, cuando usa algunos de sus servicios?

Sí 1	No 2	No utilizo estos servicios .. 3	N.S./N.C. 0
------------	------------	---------------------------------	------------------

47. A partir del conocimiento del SIDA, ¿qué comportamientos sexuales ha cambiado, en el caso de haberlos tenido alguna vez?

	Ha cambiado	No ha cambiado	No los he tenido nunca	N.S./N.C.
Me resulta más difícil ligar	1	2	3	0
No tengo relaciones con varias personas a la vez	1	2	3	0
No voy con prostitutas/os (chaperos)	1	2	3	0
Tengo anticuerpos frente al virus del SIDA y me he retirado de la vida sexual	1	2	3	0
No tengo relaciones con extranjeros/as	1	2	3	0
No tengo relaciones sexuales con heroinómanos/as	1	2	3	0
No tengo contacto anal	1	2	3	0
No ingiero semen	1	2	3	0
No hago el amor con personas desconocidas	1	2	3	0
Exijo el preservativo	1	2	3	0
He dejado el getto gay para hacer el amor	1	2	3	0
Tengo relaciones sexuales con menos personas	1	2	3	0
Ya no voy a saunas/locales gay	1	2	3	0
Ya no voy a cuartos oscuros/locales gay	1	2	3	0

48. ¿Tiene Ud. o conoce a algún familiar, o amigo con anticuerpos frente al virus del SIDA? ¿Y algún enfermo? -- (RESPUESTA MULTIPLE)

	Tiene anticuerpos	Está enfermo
Un hermano/a	1	1
Mi mujer/marido	2	2
Mi compañero/a	3	3
Un amigo/a	4	4
Varios amigos/as	5	5
Yo mismo tengo	6	6
Otros familiares	7	7
No sé de nadie	8	8
N.S./N.C.	0	0

49. ¿Tiene Ud. algún tipo de tatuaje en su cuerpo?

Sí 1	No 2	N.S./N.C. 0
------------	------------	------------------

50. Durante toda su vida hasta la actualidad, ¿ha probado alguna vez estas sustancias?

	Sí	No	N.S./N.C.		Sí	No	N.S./N.C.
Heroína	1	2	0	Alcohol suave (vino, cerveza, etc.)	1	2	0
Cocaína	1	2	0	Tabaco	1	2	0
Anfetaminas	1	2	0	Popper	1	2	0
Hachís, Grifa, Marihuana	1	2	0	Otros (ESPECIFICAR)	1	2	0
Ácidos (LSD)	1	2	0				
Barbitúricos	1	2	0				
Inhalantes	1	2	0				
Alcohol fuerte (ginebra, ron, etc.)	1	2	0				

55. ¿Por qué razón consume estas sustancias habitualmente?

	Heroína	Cocaína	Anfetaminas	Hachís, Grifa, Marihuana	Ácidos (LSD)	Barbitúricos	Inhalantes	Popper	Alcohol fuerte	Alcohol suave	Tabaco
Me produce placer	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
No puedo desengancharme ...	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
Quiero morirme	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
Evita que piense en cosas tristes	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
Puedo rebelarme con estas sustancias	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
Me pone bien	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
Me relaja	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
Mis amigos consumen	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
Mi familia consume	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
Es ser valiente	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Si no consumo, no podría vivir	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Se consume en el ambiente en que me muevo	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Es un hecho social	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
En la cárcel no existe - otra cosa	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Posibilidad para sobrevivir	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
No consumo	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
N.S./N.C.	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

231
233
35
37
239
241
13
15
247
249
11

56. ¿Qué sustancias te inyectas?

	Sí	No	N.S./N.C.		Sí	No	N.S./N.C.
Heroína	1	2	0	Analgésicos	1	2	0
Cocaína	1	2	0	Ácidos	1	2	0
Metadona	1	2	0	Otras (ESPECIFICAR)	1	2	0
Codeína	1	2	0				

253
2
2
256
2
2
259

NOTA ENTREVISTADO: SI HA CONTESTADO "SI" (Dígito 1) A ALGUNA DE LAS SUSTANCIAS DE LA P.56, PASAR A REALIZAR LA P.57 Y TODAS LAS RESTANTES.
SI HA CONTESTADO "NO" (Dígito 2) A TODAS LAS SUSTANCIAS DE LA P.56, PASAR A REALIZAR LA P.66 Y LAS RESTANTES.

SOLO PARA LOS QUE HAN CONTESTADO "SI" A ALGUNA DE LAS SUSTANCIAS DE LA P.56:

57. ¿En qué cantidad te inyectas estas sustancias?

	1/2 gr. mes	1 gr. mes	1/2 gr. semana	1 gr. semana	1/2 gr. día	1 gr. día	2 ó + día	N.S./ N.C.	No consumo
Heroína	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Cocaína	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Metadona	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Codeína	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Analgésicos	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Ácidos	1	2	3	4	5	6	7	0	8
Otras (ESPECIFICAR)	1	2	3	4	5	6	7	0	8

26
26
262
26
26
265
266

58. ¿En qué ocasiones te pinchas? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

Quando me reúno con otros que se pinchan ...	1	Quando me parece que la vida no vale nada .	6
Quando estoy deprimido	2	En ocasiones de fiestas, fines de semana, vacaciones	7
Quando tengo dinero para comprar la droga ..	3	Quando tengo problemas (familia, trabajo, amigos, etc.)	8
Quando quiero ponerme bien, relajarme	4	En cualquier ocasión	9
Quando estoy con el mono, abstinencia	5	N.S./N.C.	0

26
26

59. ¿En qué condiciones te picas? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

De cualquier manera	1
Con aguja y jeringa bien esterilizadas	2
Con aguja y jeringa de mi colega circunstancial	3
Con la aguja y jeringa que encuentre donde sea	4
Comprando la aguja y jeringa en la farmacia	5
Con la aguja y jeringa que se han picado decenas de personas (cárcel, reformatorio)	6
Otras (ESPECIFICAR)	7
N.S./N.C.	0

26
270

60. Aproximadamente, ¿qué cantidad de dinero diario le cuesta por término medio la droga que consume?

Menos de 2.000 pts.	1	Entre 10.001 y 15.000 pts. .	4	Más de 30.000 pts.	7
Entre 2.001 y 5.000 pts. ...	2	Entre 15.001 y 20.000 pts. .	5	N.S./N.C.	0
Entre 5.001 y 10.000 pts. ..	3	Entre 20.001 y 30.000 pts. .	6		

271

61. ¿De qué manera sabe Vd. la calidad de la droga que consume?

Comprando siempre al mismo distribuidor	1	Por su textura (color, consistencia, etc.) ..	5
Por la zona donde la compro	2	Yo mismo la distribuyo	6
La pruebo antes de consumirla (gusto)	3	No conozco la calidad de la droga	7
Por su olor	4	N.S./N.C.	0

272

62. ¿Cómo adquiere la droga que consume? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

En la calle por medio siempre de la misma persona	1
En la calle por medio de varias personas	2
En locales públicos (bares, pubs, discotecas, etc.) siempre de la - misma persona	3
En el domicilio del distribuidor	4
En locales públicos por medio de varias personas	5
Donde pueda encontrarla, a cualquiera que ofrezca	6
Por medio de mis familiares	7
Por medio de mis amigos	8
En el trabajo	9
N.S./N.C.	0

273

274

63. ¿En qué han cambiado las costumbres, los hábitos y las modas de pincharte con la aparición del SIDA?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>N.S./N.C.</u>
No he vuelto a pincharme	1	2	0
Todo sigue igual para mí	1	2	0
Me piko menos	1	2	0
No comparto aguja y jeringuilla	1	2	0
Esterilizo el material	1	2	0
Compró las jeringas y agujas cada vez que me inyecto	1	2	0
Tengo anticuerpos del SIDA, pero sigo pinchándome como antes ..	1	2	0
Tengo SIDA, pero sigo igual	1	2	0
Me dá mucho más miedo, pero el mono me impide cambiar	1	2	0
Me pincho más que nunca	1	2	0

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

64. ¿Crees que tus amigos han cambiado de hábitos por miedo al SIDA?

No	1	Algunos lo intentan, pero no pueden	5
No les preocupa el SIDA	2	El estar enganchados es ya la muerte	6
Conozco a alguno que ha cambiado	3	No existen posibilidades de hacerlo	7
Todos han cambiado	4	N.S./N.C.	0

285

65. ¿Cuántas veces has intentado desengancharte y has vuelto a la droga?

Una vez	1	De 6 a 10 veces	3	No lo he intentado nunca ..	5
De 2 a 5 veces	2	Más de 10 veces	4	N.S./N.C.	0

286

A TODOS

66. ¿En qué medida considera que son efectivos los siguientes medios para salir de la droga?

	<u>Mucho</u>	<u>Bastante</u>	<u>Algo</u>	<u>Poco</u>	<u>Nada</u>	<u>N.S./N.C.</u>
Hospitales/Clínicas	1	2	3	4	5	0
Granjas	1	2	3	4	5	0
Centros Municipales	1	2	3	4	5	0
Centros de la Administración Pública	1	2	3	4	5	0
Proyecto "Hombre"	1	2	3	4	5	0
Cáritas	1	2	3	4	5	0
Solo	1	2	3	4	5	0

287

288

289

290

291

292

293

7. En caso de encontrarse Vd. solo para desengancharse de la droga, ¿cuál de las siguientes medidas consideraría más eficaz?

Cambiar de barrio	1	Marcharse de viaje	4	Otras (ESPECIFICAR)	6
Cambiar de amigos	2	Pasarse a drogas blandas ..	5	N.S./N.C.	0
Cambiar de trabajo	3				

294

68. ¿Qué propondrías para salir de la droga? (MAXIMO: DOS RESPUESTAS)

Abaratar el costo	1	Dejar de tratar a los toxicómanos como delin cuentes	6
Recurrir a la metadona	2	Acabar con el tráfico de drogas	7
Reinserción social	3	Acabar con la producción ilegal	8
Terapias tipo "El Patriarca", "Proyecto Hombre", "Cáritas", etc.	4	N.S./N.C.	0
Acabar con el paro y la marginación social	5		

295

296

9. En cuanto a la infección por el virus del SIDA y a los toxicómanos, ¿qué propondría?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>N.S./N.C.</u>
Distribución de jeringas y agujas gratis	1	2	0
Distribución de preservativos gratis	1	2	0
Máquinas automáticas con agujas y jeringas	1	2	0
En las cárceles, proveer de agujas y jeringas	1	2	0
En las cárceles, proveer de preservativos	1	2	0
Control sanguíneo	1	2	0
Tratamiento médico permanente	1	2	0
Tratamiento psiquiátrico	1	2	0
Tratamiento psicológico	1	2	0

297

298

299

300

301

302

303

304

305

70. ¿Con qué forma de distribución de drogas estaría Vd. más de acuerdo?

En ningún caso	1	En farmacias sin receta	4
Sólo bajo control médico para toxicómanos	2	Venta libre	5
En farmacias con receta	3	N.S./N.C.	0

☐ 6

PARA RECLUSOS

72. ¿Ha utilizado objetos cortantes, cuchillas de afeitar, etc. utilizadas por algún otro recluso?

Si, en alguna ocasión	1	Casi nunca	3	N.S./N.C.	0
A menudo	2	Nunca	4		

☐ 307

PARA TODOS

72. ¿Sería partidario de hacerse la prueba del SIDA, para conocer su posible contacto con el virus?

Si	1	No	2	N.S./N.C.	0
----------	---	----------	---	----------------	---

☐ 308

DATOS DE CLASIFICACION

SEXO		EDAD		NIVEL DE ESTUDIOS	
Hombre	1	14-18 años	1	No tiene estudios	1
Mujer	2	19-21 años	2	Estudios Primarios	2
		22-28 años	3	EGB / Bachiller Elemental / FP1	3
		29-38 años	4	BUP / Bachiller Superior / FP2	4
		39-50 años	5	Estudios Medios (Peritaje, ATS, Magisterio)	5
		51-65 años	6	Estudios Universitarios	6
		+ de 65 años	7		

ESTADO CIVIL		OCUPACION		PROFESION	
Soltero	1	Ama de casa	1	Ama de casa	1
Casado	2	Estudiante	2	Estudiante	2
Viudo	3	Asalariado tiempo completo ..	3	Obrero/Empleado	3
Divorciado/Separado	4	Asalariado tiempo parcial ...	4	Técnico grado medio	4
Vive de hecho con su pareja heterosexual	5	Autónomo	5	Técnico superior/titulado .	5
Vive de hecho con su pareja homosexual	6	Empresario	6	Funcionario	6
		Parado	7	Agricultor	7
		Jubilado	8	Autónomo/Empresario	8

¿CUAL ES SU CREENCIA RELIGIOSA?		Nº DE HIJOS		VIVE CON ...	
No cree en Dios	1	Ninguno	1	Familia	1
Cree en Dios, pero no sigue ninguna religión ..	2	Uno	2	Amigos	2
Católico practicante	3	Dos	3	Pareja	3
Católico no practicante	4	Tres	4	Sólo	4
Cristiano, pero no católico	5	Cuatro	5	Vivo en la calle ...	5
De otra religión	6	Más de cuatro ..	6	Otros	6

TAMAÑO DE MUNICIPIO

Menos de 10.000 habitantes	1
De 10.001 a 50.000 habitantes	2
De 50.001 a 100.000 habitantes	3
De 100.001 a 250.000 habitantes	4
De 250.001 a 500.000 habitantes	5
Más de 500.000 habitantes	6

MUNICIPIO:

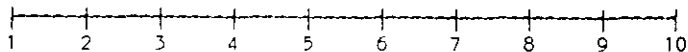
PROVINCIA:

IDEOLOGIA:

Siendo 1 la extrema-izquierda y 10 la extrema-derecha, ¿dónde se situaría Vd.?

Ext.Izda.

Ext.Dcha.



RECUERDO DE VOTO:

¿Recuerda Vd. a qué partido votó en las pasadas Elecciones al Parlamento Europeo de Junio de 1987? (POR FAVOR, ANOTAR EL -- PARTIDO AL QUE VOTO)

SOLO PARA RECLUSOS:

TIEMPO QUE LLEVA EN PRISION

_____ AÑOS _____ MESES

ESTADO EN PRISION:

Preventivo	1
Penado	2

→ TIEMPO DE CONDENA: _____

X ☐ 309

E ☐ 310

N ☐ 311

C ☐ 312

O ☐ 313

P ☐ 314

C ☐ 315

H ☐ 316

V ☐ 317

T ☐ 318

P ☐ 319

☐ 320

A ☐ 321

☐ 322

I ☐ 323

☐ 324

V ☐ 325

☐ 326

T ☐ 327

☐ 328

☐ 329

E ☐ 330

T ☐ 331

☐ 332

☐ 333



UIMP.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION



SIGMA DOS, S.A.
C/Rufino Blanco, 8-29C
28028 MADRID

Tfnos.: 2 55 39 35
2 55 41 05

ANALISIS CUANTITATIVO

POBLACION GENERAL

18. POBLACION GENERAL

La introducción metodológica y las técnicas sobre modelos de las ciencias sociales empíricas descritas, hacen innecesarias las justificaciones sobre estos paradigmas sociológicos (1). Sin embargo, y atendiendo al juego de demandas que significa comprobar o refutar hipótesis, conceptos y variables en toda investigación con características de tesis (en este caso, doctoral), se descubrirá, pormenorizadamente y en cada prototipo documental desarrollado, el perfil tipológico, la foto fija o móvil, como quiera que se interpreten, que los datos de clasificación muestral ofrecen. Se advierte no obstante, que el cruce de las variables de clasificación como cabeceras independientes o dependientes, según los casos, ha correspondido en la gran mayoría del análisis de datos, al modelo descriptivo y explicativo, finalmente exploratorio. Justifica adentrarse en estas cuestiones, el hecho de por sí destacado, de que la sistematización de los cruces de todas las preguntas del cuestionario, se realizaron sobre las variables sexo y edad, quedando el resto de los "datos de clasificación muestral", para ser desarrollados sobre frecuencias absolutas entre las poblaciones consultadas.

Aparecen así, conjuntamente con las ya especificadas variables de sexo y edad, el "estado civil"; el "número de hijos"; el "nivel de estudios"; la "ocupación"; la "profesión"; "con quien vive"; "creencia religiosa"; finalmente, la amplitud por número de habitantes del "tamaño" donde se efectuó la recogida de información.

Todos los Cuadros referidos a las variables independientes analizadas se presentan en el Anexo IV, al final de este capítulo.

19. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y FAMILIARES: SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NUMERO DE HIJOS, CON QUIEN VIVE, TAMAÑO DE MUNICIPIO

SEXO

Para el periodo de tiempo establecido en el momento de la distribución de la muestra, mes de junio de 1988, y de acuerdo a las técnicas de investigación ya señaladas, se obtuvieron sobre 1.117 cuestionarios válidos, una frecuencia de 549 hombres y 568 mujeres, porcentaje con desigualdades mínimas, 49.1 a 50.9%, respectivamente, es decir, menos de 2 puntos de diferencia.

El sexo resulta una variable de gran valor e importancia para el estudio sobre el SIDA. En primer lugar, aparece como hecho más destacable que, a nivel casuístico, y demostrado en esta investigación en el Capítulo titulado "EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA", los hombres son, proporcionalmente, cinco veces más que las mujeres (2). Por tanto, la primera cuestión es apuntar que, las prácticas de riesgo, tanto sexuales como por sangre, incluyendo el contagio por agujas y jeringas contaminadas es altamente representativo de los varones. De allí, que el porcentaje indique que, sobre el total de casos acumulados de SIDA entre 1981, al 02/04/1991, suponga que el 83,42% resulten hombres, y el 16,58% mujeres, diferencia pues, en "desfavor" de los varones del 66,84% (Ver pág. 147).

Esta enorme diferencia porcentual, se observa en todas las categorías epidemiológicas. La primera que resulta evidente, es la de homosexuales, donde no aparece ninguna mujer lesbiana con SIDA. En este sentido, son muy pocos los casos que recoge la bibliografía internacional de forma clara. En ella se mezclan otros supuestos, como ser bisexual y, por tanto, con el riesgo de contraer SIDA como heterosexual y como homosexual, y al vez ser agente transmisor en el doble sentido sexológico,, haber recibido alguna transfusión sanguínea o infectarse con material contaminado, etc.

El siguiente indicador, UDVP (Usuarios/as de Drogas por Vía Parenteral), parece demostrar que son los hombres los que realmente se infectan por VIH+ mucho más que las mujeres. La diferencia es de 4 a 1 hombre-mujer, porcentualmente en términos relativos, 81,37% para los primeros, y 18,63% entre damas, 4.260 casos a 975, respectivamente. Si reunimos a los homosexuales y a los toxicómanos por contagio relativo a ambas poblaciones con esas prácticas de riesgo (HO+TX) sobre 244 casos detectados, no deviene ninguna mujer.

Existe, sin embargo, un rango igualado, y otro con proporciones similares. El primero es el correspondiente a los hijos/as de madres de riesgo (HMR), es decir, donde la madre, desarrolla o ha efectuado determinadas prácticas de riesgo, como por ejemplo, ser o haber sido prostituta/UDVP; toxicómana; hemofílica; transfundida por otras causas, etc. (3). Esta casuística es prácticamente idéntica, han nacido 101 niños y 100 niñas, proporción que aún siendo pequeña en el caso español, es de extraordinario valor en la epidemia sobre el resultado de los hijos/as que nacen infectados. Aunque se trata con mayor detalle a lo largo del modelo analítico, es primordial detenerse un instante en estas cuestiones. La infección de la madre al hijo/a, entre parejas contaminadas por el VIH+, produce una casuística muy elevada de nacimientos que desarrollarán el SIDA (*1). En España la epidemia por dicho motivo es preocupante. De 261 niños/as hasta los 9 años infectados, 200, es decir, el 76% pertenecen a hijos de madres con prácticas de riesgo. Asimismo, la mortalidad llega al 37,8% según consta en las tablas de defunción del mencionado registro de casos epidemiológicos del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Reiteradamente, se ha explicado a lo largo del texto, que los hijos/as de madres con prácticas de riesgo, resultan del nacimiento de madres que

(*1) Las observaciones efectuadas por diversas fuentes, que se han hecho concernientes a la transmisión de VIH de la madre infectada a su hijo, arrojan variaciones muy importantes ya que permiten pensar que entre un 25 a 65% de los niños heredarán la infección.

son, o han desarrollado en algún momento a lo largo de sus vidas, conductas de riesgo frente a la pandemia de la que han sido víctimas. España ocupa a nivel europeo uno de los índices más altos. A esto contribuyen negativamente, toxicómanos/as por vía parenteral (UDVP), prostitutas/os, bisexuales, receptores de transfusiones, receptores de hemoderivados, etc. A los 200 niños que han desarrollado la enfermedad siendo hijos de madres con prácticas de riesgo, se agregan los receptores de hemoderivados y transfusiones, que representan uno de cada cuatro nacimientos con SIDA, exactamente el 19,92%. Completan la segmentación epidemiológica, 9 casos entre las categorías sin diferenciar la procedencia. (Ver pág. 147)

En cuanto a las defunciones en pediatría, el 76,41% mueren entre parámetros que van de cero a cuatro años de edad.

La vida se alarga entre niños/as que han recibido hemoderivados contaminados. Sus óbitos suponen el 21,69%, comprendidos entre los 5 a los 12 años. Todas estas estadísticas realmente dramáticas, colocan en vigencia cuestiones transcendentales en la estructura social del país. Cuestiones como el control de la natalidad, utilización de preservativos, educación y política sanitaria y social, aborto, legalización de la prostitución, control médico de las prostitutas/os, políticas eficaces entre toxicómanos/as, estrategias válidas entre encarcelados/as, etc., resultan de la configuración marginal y anómica en la que se desarrollan y se insertan, un porcentaje muy alto, alarmante y devastado, del entretejido social español. (Ver pág. 152).

Esto mismo, trasladado a los países pobres no industrializados, fundamentalmente africanos y asiáticos, elevan las tasas pandémicas al VIH+, hasta límites incalculables. A principios de 1988 el Ministro de Sanidad y Consumo, Julián García Vargas, hacía ante el Congreso de los Diputados una previsión para cuatro años más tarde, es decir, para 1991, en el patrón epidemiológico que incluye el Centro, Sudeste y Sudoeste de África y el Caribe, "un índice de mortalidad por VIH en la descendencia

de mujeres infectadas del 13 por mil, con lo que se puede anticipar en dichas áreas un incremento de la mortalidad infantil del 0,2% actual hasta el 0,5%" (4). Se han señalado las diversas opiniones sobre posibles porcentajes de niños/as infectados de madres y/o padres con prácticas de riesgo al SIDA. Se completa esta problemática en relación a los países pobres y ricos frente a la pandémica. Al respecto, informa Johnattan Mann: "La diferencia entre países ricos y pobres, entre países y los límites de éstos, va en aumento. Cerca de 2/3 de los casos de SIDA en el mundo y 3/4 partes de gente infectada por VIH+, se dan en países en vías de desarrollo (5).

Finalmente, y aunque resulta de un tema con tratamiento "per se" en la investigación, es necesario señalar otras de las categorías entre hombres y mujeres que apenas tienen diferencias. Emerge, en este sentido, la transmisión heterosexual (TRA. HET), desconsiderada en los primeros años de la epidemia y producto, en la actualidad, de los mayores esfuerzos de trabajos científicos. Para la fecha, apuntada reiteradamente, existían en nuestro país, 199 hombres y 175 mujeres por contagio heterosexual, es decir, el 53,20% del sexo masculino, y el 47,80% femenino. Los condicionantes y las causas de este tipo de contagio, hay que buscarlas fundamentalmente, entre UDVP y en la prostitución, inicialmente de mujeres y algún prostituto o chapero, de acuerdo a la terminología que se emplea sobre éstos. Completan la epidemiología indicada, las personas heterosexuales que realicen el acto sexual, sin protección, con un compañero o compañera infectado, ya pertenezcan a toxicómanos/as, a transfundidos con sangre o derivados, y a todo aquel/aquella que haya practicado, a sabiendas o no, alguna actividad que comporte riesgo al SIDA.

Es sin duda la población con los mayores índices de crecimiento en los últimos años, la más difícil de controlar, puesto que al comportarse la epidemia como otra enfermedad de transmisión sexual (ETS), y no existir, hasta el momento, más que medidas profilácticas pero, en ningún caso, la

vacuna redimente, vulnera cualquier medida que no suponga individual y colectivamente, control higiénico, sanitario, preventivo y profiláctico.

Se concluye pues, apuntando, que en España el SIDA se ha desarrollado fundamentalmente entre hombres con una diferencia de cinco a un punto, respecto a las mujeres. Esta desigualdad, en todo caso favoreciendo a las féminas, es del 100% entre homosexuales (al no haber ningún caso comprobado de lesbianas), del 62,74% entre usuarios por vía parenteral (UDVP). Esto plantea, seriamente, que la variable sociodemográfica sexo funciona como altamente discriminante.

Sin embargo, dos rangos, los hijos de madres de riesgo (HMR) y la transmisión heterosexual (TRA. HET), invalidan la regla general española. En el primer caso, es la madre quien perinatalmente y/o con la leche materna, infecta al niño. En segundo lugar, pero con escasísimas desigualdades entre los factores de transmisión heterosexual, correlativamente importante en España, representando en términos relativos el 4,56% (hombre-mujer) en "desfavor" hacia el sexo masculino. Sus hijos/as, desarrollarán la enfermedad del SIDA en, alrededor del 30% de los nacimientos, de los cuales mueren en la población española, con estas características, alrededor del 38% de los nacidos vivos, resultando, para poder entrar en la nomenclatura mundial, unas tasas del 3 por mil y del 3,8 por mil, respectivamente.

EDAD

En cuanto a la edad, algo más de la mitad, exactamente el 54,2% de la muestra están agrupados entre los 14 a los 38 años, observándose la moda (Mo) entre los 29 a 38 años, aunque la concentración frecuencial se evidencia entre las edades de 22 a 50, dando como resultado el 54,25% de los casos consultados (Ver Cuadro 1 del Anexo IV).

Como se observará en capítulos posteriores, las edades de infectados y enfermos de SIDA, observan los mayores índices de VIH+, hasta los 39 años aproximadamente, y desde una escala inferior que inicia su espiral ascendente alrededor de los 20 años.

En este sentido, y aunque se ha hecho mención a lo largo de la investigación y ocupará más espacio literal en capítulos posteriores, es necesario señalar, que existen diferencias considerables entre el número de casos, el grupo expuesto al VIH+, y las edades. Nos detendremos pues, en ciertas consideraciones, que resultan de interés en este apartado. Según consta en el registro de casos de SIDA en España, al 2 de abril de 1991, sobre 8.199 casos acumulados desde 1981, 6.725 estaban comprendidos entre los 20 a 39 años, representando el 82,02% del total de hombres y mujeres que han desarrollado SIDA. La moda se situaba en los parámetros 25 a 29 años, con 2.851 afectados por la epidemia.

Destacamos la gran importancia en la casuística sobre edades, que entre los 20 y los 39 años es donde se hallaban involucrados 5.024 UDVP. Si tenemos en cuenta, que el total del colectivo que agrupa a esas edades ascendía a 5.325 personas, resulta que la proporción de toxicómanos se acercaba al 95%. Todos los casos de SIDA pertenecientes a esas edades, independientemente de la vía de transmisión, suponía una cifra de 6.725, que en proporción a los UDVP resulta de un valor epidemiológico del 74,27%. La tabla del registro de casos en España del Centro de Epidemiología del Instituto de Salud "Carlos III" perteneciente al

Ministerio de Sanidad y Consumo, (Ver pág. 147), ayuda a comprender lo expuesto.

Para introducir ciertos matices metodológicos en las edades, según la tabla del registro nacional de casos de SIDA, es necesario puntualizar algunas consideraciones más, que adquieren relevancia en toda la investigación realizada. En primer lugar, que las escalas de toxicómanos/as por debajo de 20 años y hasta los 13, observan una casuística de 70 jóvenes, es decir, el 0,85% del total de casos registrados, y el 1,33% del total de usuarios por vía parenteral (UDVP). En las escalas por encima de 39 y hasta 60 y más años, el número total casuístico es de 88, lo que produce un porcentaje de 1,07% del total general de casos y de 1,68% en relación al grupo que se localiza entre infectados por compartir agujas y jeringas contaminadas con VIH+.

Naturalmente, se insistirá en lo que resta de la investigación en las variables demográficas. No es posible, sin embargo, dejar pasar la oportunidad para llegar a los aspectos centrales del estudio con alguna otra interpretación que resulta sustancial en la explicación del diseño explorado. Así, por ejemplo, no debe olvidarse que el primer caso de SIDA en España fue localizado en un homosexual, que resultaba precedido, en el mismo año 1981, por las primeras cinco personas detectadas con VIH+ en el mundo, concretamente en USA, también homosexuales. Esto hizo converger sobre esta población con características sexuales como la señalada, los mayores índices de controversias en el mundo de las ciencias. Se ha explicado, exhaustivamente, toda la implicación pluridisciplinar en este sentido. Por tanto, simplemente se hará mención, en este capítulo, al tema de la edad que se interpreta de fundamental importancia a la hora de tomar decisiones de política sanitaria y social en España.

El número total de homosexuales censados por haber desarrollado SIDA, refería al 02/04/1991, 1.339 casos. La moda en la edad, se sitúa entre los 30 a 39 años, con un índice de casuística acumulada de 554 afectados

por la pandemia. El parámetro de edades apuntado, representa el 41,37% de todos los homosexuales con SIDA, cuando el conjunto de esta población con prácticas de riesgo en este tipo de sexualidad constituye el 16,33% del censo epidemiológico. Asimismo, la mayor concentración entre edades, se hallaba comprendida entre los 25 a 59 años con 1.238 homosexuales con SIDA, lo que supone el 92,45% del total. Con edades inferiores a los 13 o los 14 años, no aparecía ningún caso; entre 15 y 19, uno; y 63, entre 20 a 24, constituyendo esta escala inferior, en su conjunto, el 4,77% de los casos de SIDA registrados entre homosexuales. En la escala superior, sugerentemente aquellos homosexuales por encima de los 60 años, reproducía el 2,38% del total.

Puede observarse pues, el alto grado de discriminación en la variable edad, medida entre estas dos poblaciones con prácticas de riesgo diferentes. Los toxicómanos/as que han desarrollado SIDA, eran 44,95 puntos más que los homosexuales. El registro de casos visualizaba el primer parámetro entre toxicómanos parenterales entre los 13 a 14 años, mientras que el primer homosexual aparece entre los 15 a 19 años. Para ese acotamiento entre UDVP, ya existían 69 hombres y mujeres que se habían contagiado y desarrollado la enfermedad epidémica. Las edades pues, difieren en todo. Tanto en el incremento casuístico, como en las escalas de intervalo, haciéndose notable observar, cómo la moda es para los UDVP los 25 a 29 años, diez años menos que la moda entre homosexuales registrada entre los 30 a 39 años.

Asimismo, la mayor concentración de casos por edades se alarga entre homosexuales, y la diferencia se acentúa en la parte superior del indicador. Detengámonos un instante en esto último. Mientras que para los homosexuales con SIDA, las edades entre 50 y 60 años y más, representan el 11,87% de ese grupo, para los toxicómanos/as UDVP, era de 0,19%. Diferencia en la proporción que sitúa a los homosexuales, 11,67 puntos por encima del otro grupo señalado para estas edades.

Se ha repetido innumerables veces, que tanto el primer caso de SIDA en España como el primero diagnosticado en EE.UU., con apenas diferencias en meses, se registraron en el año 1981. De acuerdo a la diferencia entre edades de los dos grupos con mayor incidencia y prevalencia en la enfermedad, es necesario realizar alguna consideración demográfica más, dirigida a la población española. Para ello se ha dispuesto del trabajo realizado por García Ferrando en el informe sociológico sobre la "Juventud Española 1960-1982", de cuyo primer capítulo se extraen las siguientes consideraciones (6).

Lo primero que aparece como dato más destacado, es la disminución de la frecuencia en el número de la población joven española, con una tendencia a continuar decreciendo progresivamente. En relación inversa, aumentan las cohortes sobre edades mayores reestructurándose la tipología demográfica en general en toda la población e infiriendo notablemente en todo lo relativo a las edades y su correspondiente vinculación al síndrome de inmunodeficiencia humana.

Una primera aproximación a la reestructuración poblacional señalada, aparece contrastando el número y porcentajes en edades inferiores a los 24 años, tomando como referencia el censo de 1981 y ponderando su resultado al año 1990 (7).

En este sentido, y sin entrar a fondo en consideraciones científicas de las causas del incremento de la natalidad (épocas de desarrollo económico), e inflexión de nacimientos (épocas de crisis), puede recordarse el despegue en indicadores económicos de los años 1950-1960, y el descenso en España y en casi todo el mundo de esos parámetros hasta producir las vicisitudes estructurales a partir de la década de 1970.

La observación de la evolución numérica de la población juvenil durante la década de los años 80, permite una comparación relativa del descenso en el número y porcentajes de la población española en edades que oscilan de 0-14 años, y 0-24 años. Las diferencias ponderadas para ambos

períodos temporales medidas en porcentajes, permite señalar que la inflexión es de 2,9 puntos en el primer acotamiento y de 2,2 puntos en la totalidad del grupo entre 0 a 24 años (*2).

Si la referencia apuntada quedara sin más explicación, podría suponer un motivo de real alarma. Por consiguiente, resulta necesario establecer otros parámetros indicativos de medidas más generales.

Al comenzar la década de los años 80, el conjunto de adolescentes y jóvenes (10 a 29 años), sumaban 12.014.628, que, sobre proporciones relativas, significaba el 32,11% de la población total española. Discriminando aún más con el propósito de establecer si las diferencias, finalmente, son o no significativas, se han agrupado las edades consideradas dentro de los jóvenes para esta investigación. Así pues, entre 15 y 24 años encontramos en la sumatoria de hombres y mujeres, 6.194.106 personas, es decir, el 16,55% de toda la población que, trasladada ponderadamente al año 1990 resulta de 6.460.824 para esos segmentos de edades, correspondiéndose con el 16,19% en sentido relativo.

La diferencia para una década y en relación a esta configuración demográfica, supone apenas 0,36% relativo, y en favor de las tesis del desarrollo demográfico entre los años 1950-1960 (*3).

(*2) Para esta parte de la investigación, se ha consultado y contrastado con datos propios, el texto de "JUVENTUD ESPAÑOLA 1960-82". Sin embargo, existen algunas diferencias en las cantidades que se obtienen para el año 1981 y que provienen del ANUARIO ESTADISTICO DE ESPAÑA 1988. Así, por ejemplo, de 0-14 años, aparece como 9.685.400; y entre 0 y 24 años, 15.890.900. Diferencias exiguas, teniendo en cuenta, que en García Ferrando, la fecha utilizada es la del 1/1/81 y la del INE, el 1/3/81.

(*3) Para lo expuesto se ha consultado los tres primeros capítulos de García Ferrando en "JUVENTUD ESPAÑOLA 1960-82", Fundación Santa María, Madrid, 1984. La obra la componen otros autores, a saber: Miguel Beltrán, Juan González Anleo, Rafael López Pintor y Juan José Toharia Cortés.

Por tanto, esta imperceptible diferencia permite adentrarse con mayor rigor en las variables que relacionan a la edad con la epidemia del SIDA.

La representación estadística de la tabla, (Ver pág. 147) establecida para este estudio sobre edades de la población española, inherente a las variables entre casos de SIDA registrados, permite precisar, que la moda (MO) para el año 1981, se situaba entre los 10 a los 14 años. Esta medida reúne datos absolutos de hombres y mujeres (prevalecen las féminas) de 3.217.845 personas. Este segmento ponderado, resultaba en el lapso de 1990 localizado entre los 15 a los 19 años, sumando este conjunto de jóvenes y adolescentes, donde se establecía la moda, 3.261.384 ciudadanos. Por tanto, la presión del conjunto de adolescentes-jóvenes en el desarrollo estructural español aparecía como extraordinariamente diferenciador sobre paradigmas de cambio social.

Sin embargo, los datos epidemiológicos de casos registrados y acumulados desde 1981, permiten llegar a conclusiones, donde en esta década, han quedado fuera de la casuística española, la inmensa mayoría de la adolescencia-juventud, tanto en hombres como en mujeres. Habría, no obstante, que ponderar una variable representada por los niños/as que nacen de madres con prácticas de riesgo y que aún no han entrado en estimaciones estadísticas para años venideros. También, qué duda cabe, todos/as los/as infectados/as asintomáticos/as que no han experimentado cambios en su salud, ni por circunstancias diversas se ha detectado una sintomatología que haga sospechar de hallarse contagiado/a de VIH+.

Por tanto y en primer lugar, se desvanece sobre el conjunto de homosexuales la idea que situaba a este grupo con prácticas de riesgo con características fundamentalmente sexuales (la nomenclatura epidemiológica admite, en conjunto, homosexuales-UDVP), entre los más jóvenes. En este sentido, puede avanzarse ciertas matizaciones. El concepto de la pederastia, de lo mágico en la juventud homosexual, incluyendo la prostitución (chaperos-niños), adquiriría, al menos, dos características

lógicas. O bien, no se halla arraigada entre la población española, o de lo contrario, han establecido medidas preventivas contra el SIDA. Otra posibilidad supone que quienes han crecido practicando la homosexualidad sin control a la prevención de la infección, todavía no hayan desarrollado el SIDA. El período de latencia, expuesto en la investigación, es suficientemente largo en el tiempo hasta hacer de un infectado sin síntomas, un paciente contagiado del VIH, un enfermo que desarrolla la enfermedad.

Con todas estas consideraciones que pueden resultar intervinientes a largo del proceso temporo-histórico de la epidemia, en España existe un sólo caso de SIDA registrado entre edades no consideradas pediátricas, y pertenecientes a la adolescencia-juventud, es decir, entre 13 y 19 años, utilizando las escalas del Registro Nacional de Casos de SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo. Acentuando el criterio socioestadístico, la categoría bimodal descrita para el período 1981 (10 a 14 años), 1990 (15-19 años), no se corresponde en crecimiento del número obtenido de miembros sobre la década, con casos de SIDA homosexual.

Asimismo, la moda entre homosexuales, como se ha señalado en el presente capítulo se imbrica entre los 30 a 39 años, parámetro que diversifica las categorías entre juventud, separándolas de la adultez, donde éstas se inscriben. Por tanto, el SIDA, no es representativo de la juventud-adolescencia española entre homosexuales. Sobre estas mismas edades, puede observarse la siguiente conclusión. Los hombres en el año 1981, coincidiendo con el primer caso entre españoles y en el mundo (siendo todos homosexuales), período de la tabla estadística utilizada, forman una cohorte de 2.333.942 varones. Esa medida ponderada para el año 1990, resultaba de 2.812.968 personas, cuyos términos relativos eran de 12,71% para 1981 y de 14,33% para 1990, con un aumento de 1,62 puntos. El cálculo establecido con anterioridad en este mismo capítulo, demostraba una disminución para el grupo de jóvenes totales entre 15 a 24 años, medido para 1981-1990, entre hombres y mujeres, de 0,36%. Por tanto, esa diferencia de puntos obtenida entre la primera escala 10,36% en relación

a la acreescencia de la adolescencia 21,62% entre adultos varones, es suficiente y categóricamente demostrativa de que las causas del SIDA entre homosexuales, no deben relacionarse al aumento de hombres en edades de 30 a 39 años, ni que la no aparición de casos de SIDA entre jóvenes y adolescentes, se debe a la inflexión de la variable edad entre esos períodos expuestos. Las causas pues, adquieren, en términos de localización por edades, otros conceptos que se desarrollarán en sucesivos capítulos del estudio.

Finalmente, algunas consideraciones básicas para concluir el tema entre toxicómanos, en su mayoría heroinómanos, que han adquirido las prácticas de riesgo al VIH+ contagiándose, la mayoría de las veces, con material contaminado, fundamentalmente agujas y jeringas. En primer lugar, representan la mayor cantidad de casos, exactamente 5.235 al 2 de abril de 1991. En segundo lugar, entre los 13 y 14 años, ya existía un caso declarado de SIDA. En el siguiente segmento, 15 a 19, ya eran el 1,31% de casos relativos a infectados por contagio parenteral y el 0,84% de todos los casos registrados.

Se apuntaba, sin embargo, en este mismo capítulo, que la concentración casuística se da entre los 20 y 39 años, con 5.024 toxicómanos/as que desarrollaron la enfermedad, correspondiendo a una frecuencia relativa entre UDVP del 95,96% y sobre el número absoluto de toda la muestra del 61,27%. La moda ocupa el lugar de las edades entre 25 y 29 años, con 2.339 personas con SIDA, porcentaje relativo a esta población del 44,68%. Sin embargo, el segmento inmediatamente anterior supone el 19,50% (20-24 años) y el posterior, 31,78% (30-39 años). De 40 hasta 60 y más años agrupados, representan el 1,6% relativo a todos los UDVP censados.

Por tanto, puede concluirse esta primera aproximación al problema de los toxicómanos españoles, diferenciándolos de forma radical del resto de los infectados por el VIH+. Al hacer llegar la juventud hasta la adultez, sobre los 29 años, la frecuencia relativa por casos de SIDA, representa 3.430 personas, es decir, el 65,52% en relación a todos los

casos contagiados con esas prácticas de riesgo, esto es, utilizando elementos de inoculación contaminados. Consiguientemente, su incidencia fundamental, se encuadra entre la juventud española, resultando como el resto de los toxicómanos UDVP, contagiados en grandes proporciones aunque sin datos oficiales, un grave problema de salud pública y un desafío de actuaciones políticas. De todo esto, sobresalen preguntas aún sin respuesta. ¿Por qué es España, junto a la península itálica, los únicos países que sobresalen con estas características frente al SIDA? ¿Es que ha existido más represión, o por el contrario más libertad sobre los dependientes a drogas inyectables en el resto del mundo? ¿Ha dependido de los hábitos, costumbres, conductas de riesgo de los propios afectados? En esta investigación se ha tratado de dar respuestas convincentes a estas alternativas de tanta gravedad y transcendencia, precisando a la vez, la variación, espectacular, entre las comunidades autónomas, tanto en el número de casos registrados como la procedencia de la infección por VIH.

El capítulo se completa con el resto de los casos que para este estudio se han denominado "datos de clasificación" para la población general española durante el mes de Junio del año 1988, período de tiempo en el que se realizaron las consultas de opinión. En todos los casos posibles, conjuntamente con las frecuencias y porcentajes obtenidos en la encuesta, se ha comparado con la casuística estadística del Instituto Nacional de Estadística medida sobre los diferentes índices desarrollados (8).

ESTADO CIVIL

El estado civil de la población española, se encuadra dentro de las categorías del movimiento natural de la población del país. Representa una variable que permite diferenciar, fundamentalmente, si la respuesta ante el interrogatorio, tiene alguna vinculación con la situación personal y familiar, ya sea como solteros, casados, viudos o divorciados o quienes viven en pareja de hecho y como matrimonio, sin estar desposados.

Los datos del INE, llegan hasta el año 1986 para el anuario de 1988, constatándose, que entre los años 1982 a 1986, se observa una gran regularidad en el número de matrimonios por períodos de un año.

En el estudio realizado para esta investigación (Ver Cuadro 1 del Anexo IV), el 86% de los consultados han resultado ser, en el momento de la encuestación, solteros y/o casados, con un predominio de estos últimos, de algo más de 11 puntos, lo que permitió en muchos casos, conocer situaciones que se superponían a las propias preguntas, integrando la vida familiar, el desarrollo de los hijos y la vinculación de todo ello con la epidemia.

El cuestionario, al recoger preguntas cerradas y codificadas, así como también abiertas sobre numerosas categorías, se ha enriquecido considerablemente. Sin ser una variable netamente discriminante, ha resultado de gran valor metodológico.

NUMERO DE HIJOS

La idea que normalmente se tiene del número de hijos de los matrimonios en España, es diversa. Por una parte, se hallan los defensores del número amplio de vástagos, debido, fundamentalmente, a actitudes religiosas donde aún impera el criterio de la fecundidad sin control de la natalidad. Esto sucede en la actualidad, en parte de la población española y en muchos sitios del mundo. Sin embargo, la crisis económica, el coste de cada nacimiento en una familia, ha hecho variar las actitudes sobre el incontrol de la fecundidad en esos matrimonios con una alta ideologización religiosa.

En la acera de enfrente, se hallan los que, por ese y otros motivos, han pensado en reducir, o en no tener descendencia, en los momentos actuales. Se une a ello, no sólo la crisis económica, sino otro tipo de conductas diferentes a la ortodoxia, desde la sexualidad, la confidencialidad, la amistad, el amor, visualizado con otras perspectivas. En todo ello tiene que ver naturalmente, la juventud del respondiente. Juan González Anleo, señala al respecto "En el examen de las relaciones de los jóvenes españoles con su familia y de sus actitudes y expectativas hacia el matrimonio, es necesario adoptar, como perspectiva, el hecho de la brecha entre la generación joven y la generación adulta" (9).

A lo que se agrega dentro del texto de esta investigación, la disminución del número de hijos, y de posicionamientos diferentes para ello dentro de los matrimonios estudiados. Continuando con la cita de González Anleo, rescatado a la vez de Keniston citado por ese autor, al referirse a la juventud agrega "Posee roles, valores y pautas propias, marca sus distancias en relación con los valores de los adultos y encarece otros distintivos diferentes de los adultos e infantiles: la gratificación inmediata, la osadía, el compañerismo y el atractivo sexual (10). De "Proyección Española para los años 80", se ha extractado las edades de 0 a 4 años para mujeres y varones entre los años 1981 y 1990, ésta última de forma ponderada (11).

La disminución en 10 años, sobre números totales es manifiesta, cuando además se presenta para cuatro años y la mortalidad infantil no ha aumentado, al contrario. Pero es aún más evidente en términos relativos, siendo la proporción entre la población general de 1981 y el total de varones y mujeres de 8,33%, cuando este mismo cálculo para 1990, señalaba una puntuación de 7,43% (12).

La muestra cuantitativa para esta tesis abarcó todo el espectro posible en esta variable discriminante. Así, entre ningún hijo y uno, aparecen como sumatoria porcentual, el 55% de todos los casos. Entre dos y tres, el 30,4%, y entre cuatro y más de cuatro, el 12,4%, situación en la estructura de la pregunta que ha quedado compensada para respuestas amplias y plurales. (Ver Cuadro 1 del Anexo IV). Por tanto, la pregunta abarca resultados concretos que han fluctuado entre planteamientos de estructura económica, paro laboral, falta de vivienda, hábitat inconfortable, conjuntamente con realidades distintas en la evolución de las pautas de funcionamiento, divorcio, secularización de la familia, regulación civil del matrimonio. Frente a todo esto, que influyó notablemente en una conformación distinta del número de hijos, persiste, aunque en frecuencias muy pequeñas, la clásica familia cristiana de admitir los hijos que Dios quiera traer al mundo, o todos aquellos que se crucen en las vidas. También esto último, en medidas del control de la natalidad, de la interrupción del embarazo, del aborto provocado, de los anticonceptivos, etc., tienen una enorme significación en el fenómeno del SIDA y su tremenda representación epidémica. Más de 200 hijos nacidos de madres infectadas son la punta de un iceberg al que no se le ve la base, pero se atisba, como preocupante y lleno de incertidumbre.

CON QUIEN VIVE

Es ésta una variable de gran impacto social. En el programa desplegado se ha tenido permanentemente en cuenta, fundamentalmente al llegar la investigación a las poblaciones de gran marginalidad, estigmatización, desviación social y anomia para la estructura sociológica española. El poder diferenciar concretamente cómo y con quién vive un homosexual, un toxicómano, una prostituta o un prostituto (chaperó), representa una actitud fundamental en toda acción social, sanitaria y política. Todo diagnóstico que provenga del tipo de trabajo propuesto, necesariamente debe incluir un protocolo que contemple este tipo de alternativas sobre variables psico-sociales altamente discriminantes.

Para ello era necesario conocer, pormenorizadamente, en qué situación respecto a la vivencia personal de con quién compartía el hábitat, se hallaba en el momento de la encuesta.

Veamos previamente, algunos datos que permitan comparaciones globales del tema en cuestión. Se ha recurrido como en otras partes del estudio, a la Encuesta de la Juventud. Para aquel programa sobre un cuestionario establecido de 1.655 hombres y 1.683 mujeres, y concretamente a la pregunta: ¿Puedes decirme con quién vives?. Aunque la comparación resulta compleja, porque se ha realizado sólo a la juventud, no coincidiendo en el tiempo y, finalmente, tampoco en el número de casos consultados (hombres y mujeres) como en el tipo de respuestas segmentadas, permite, no obstante, un panorama global en este tipo de consultas, que resulta compensatorio de los sesgos enumerados (13).

Lo primero que se planteó al referenciar una encuesta que cubre el período 1960-1982 de la juventud española, es que tiene valor comparativo en el grupo de edades que relaciona, que incluye desde los 16 a los 24 años. Asimismo, entra dentro de la década de la epidemia, y como última medida compensatoria, los adultos españoles son el resultado de las relaciones sociales de esos jóvenes.

En este sentido González Anleo, manifiesta que, "la cultura juvenil requiere, para su consolidación y plenitud, un espacio social muy específico, y, consecuentemente, las carencias y dificultades, en este terreno pueden convertirse en una fuente de conflictos" (14). Para corroborar esta afirmación, el mencionado autor, basa su hipótesis en que la agudización de la contradicción en los conflictos, emergentes de esa cultura juvenil representada por, "valores, símbolos, pautas, actitudes y comportamientos" chocan con las aspiraciones insatisfechas "emancipación económica, moral y cultural". La falta de sincronía, con manifestaciones de anomia, pasotismo están relacionadas con la bipolarización entre aspiraciones y tensiones de la edad juvenil.

Atisbando el período final de la encuesta, año 1982, los jóvenes, tanto hombres como mujeres vivían con sus padres y hermanos en más del 90% de todos los casos, situación que, dentro de la hipótesis del autor señalado, presentaría a esa cohorte, sin consolidación autónoma y careciendo de vivienda propia, por tanto, dentro de parámetros de conflicto (15).

La vivienda siempre ha sido cara y con escasas posibilidades de acceder a su propiedad para las clases sociales de menores ingresos. Esto ha traído, como consecuencia, que la adquisición del piso en propiedad para la clase trabajadora, dependiera durante muchos años de créditos a largo plazo, y en zonas periféricas. Así nacen los barrios alejados del centro de la ciudad, con peores comunicaciones, desigual construcción, y con mayores índices de marginación social y conflicto latente. Sin embargo, quienes han tenido la posibilidad de su compra, son, en la actualidad, privilegiados. El precio en todos los lugares del país, se ha disparado de forma tal, que resulta prácticamente imposible su accesibilidad. El conflicto de las generaciones jóvenes, se traslada a toda la población en general.

El censo de viviendas de 1981 permite una estimación macroscópica del cómputo entre tipo de viviendas y el número de habitantes de hecho, sobre aquellas fechas.

Sobre estas cantidades en hábitat totales familiares, alojamientos y residencias colectivas, es posible determinar que 37.683.300 personas, se alojaban en 12.314.783 viviendas, cuyo promedio resultaba algo más de 3 ciudadanos por sitio de estancia (16).

La encuesta de población activa ha permitido discriminar esta variable, utilizada reiteradamente en la presente investigación. Analizando la clasificación de las viviendas según el número de personas que la habitan y el número de activos se observa cómo, en algo más de 200.000 viviendas, no habita ningún miembro en actividad, situación que resulta del mayor porcentaje en el lugar donde reside un miembro del grupo en situación de activo, superando las 448.000 residencias. Asimismo, la mayor frecuencia también se origina en este segmento, donde habitan dos personas, superando los 260.000 alojados. El mayor entrecruzamiento de 3 activos se da en viviendas con 4 hombres y/o mujeres. En escalas ascendentes de 4 activos para 5 habitantes y, finalmente, 5 activos fluctuando entre 5, 6 y 7 residentes (17).

Los resultados del estudio de opinión para esta tesis, dentro de las características metodológicas descritas, ha arrojado los siguientes resultados (Ver Cuadro 1 del Anexo IV). En primer lugar, se observa que el número de personas que viven solas, apenas aumenta en relación a la anterior encuesta de juventud, teniendo en cuenta que ahora no se discrimina por edades, se confirma la hipótesis de que la autonomía resulta muy compleja, sobre todo teniendo en cuenta los factores económicos apuntados, y que la tendencia generalizada es vivir de forma agrupada. Esta situación asociativa, que para este estudio resulta de sumar "vivir en familia", "con amigos" y "en pareja", y supone el 88,7% de la acumulación frecuencial, produciendo un valor distinto para la misma categoría observada entre los jóvenes.

Para ello se ha tenido en cuenta, el rol individual y colectivo, tanto en la población general española como en la encuesta solicitada a toxicómanos, homosexuales y prostitutas expuestos al SIDA en la relación

existencial del tipo y forma de convivencia. Es justo pensar pues, que la ciudadanía en su totalidad, adquiere según el método utilizado, características de filtro o de control de variables, en observaciones de tipo social y psicológica. Los datos de clasificación actúan, según se ha visto, discriminando o agrupando, de acuerdo a la hipótesis desarrollada. Finalmente, la tendencia gregaria a agruparse, emparejarse y asociarse confirma la actitud y conducta significativa de los españoles.

TAMAÑO DE LA POBLACION RESIDENCIAL

Finalmente, el tamaño de la encuesta es representativo de la localización de la pandemia en grandes ciudades. Parece obvio conceptualizar el por qué existe un desarrollo mayor de los drogodependientes, la homosexualidad y la prostitución en las megaorbes. Sólomente en 40 años (1950-1990), existen en el mundo tres veces más habitantes en el medio urbano, y este despegue está relacionado, fundamentalmente, a los países del tercer mundo. En la actualidad, las ciudades correspondientes a naciones no industrializadas, llegan a una población total de 1.515 millones de personas y el crecimiento, a diferencia de años anteriores, no es debido en exclusividad a movimientos migratorios internos campo/ciudad, sino a la acrescencia natural por nacimientos dentro de las megápolis. Valtueña, señala que las condiciones diferenciadoras entre las zonas rurales en peores condiciones económicas y sanitarias, y las urbanas más ricas en prestaciones de salud comunitaria más relevantes, enmascaran, sin embargo, zonas miserables donde viven la mayoría de los habitantes pobres y el centro de las ciudades abandonados en la mayoría de las grandes urbes. En las calles de América Latina "viven unos 20 millones de niños y adolescentes, lo que equivale al total de habitantes de Londres y París. El comienzo de la reciente epidemia del cólera en los suburbios de Lima, es seguramente, el síntoma premonitorio de lo que tal vez suceda pronto, con esa u otra enfermedad infecciosa, en otras grandes ciudades del tercer mundo" (18).

Sin embargo, se evidencian diferencias entre países paupérrimos. Tal es el caso de Africa subsaharina, donde hace cuatro años las infecciones por VIH+ se centraban en las ciudades. "Entre un cuarto y un tercio de la población de edades comprendidas entre 15 y 49 años que viven en las ciudades y pueblos de Africa Central y Oriental son seropositivos. Pero los contactos entre el pueblo y la ciudad en Africa son mucho más íntimos que en el mundo industrializado, por lo que el SIDA encuentra su vía de entrada a las zonas rurales" (19).

Sin embargo, el caso español, tiene un punto de inflexión en este sentido en dos comunidades autónomas, cuando la medida resulta comparable, sólomente, por el número de habitantes. Son los casos de Baleares, que con una población de 746.510 personas, registraba una tasa de 243.80 casos. Sólo superada en esa proporción, por el País Vasco que, con 2.335.518 ciudadanos, y con una tasa de 332.26 por millón de habitantes, ocupaba en el censo de 1988, el segundo espacio del total nacional. Superado por Cataluña, cuya tasa era de 356,25 por millón de habitantes, ésta ya en categoría de megacrópolis a todos los desarrollos posibles. Junto a Madrid, 323,31 tasa por millón de habitantes, completan el cuadro de mayor incidencia de SIDA, aunque por conceptos no exclusivamente relativos al número de personas allí residentes.

Debe tenerse en cuenta, por un lado, el enorme desarrollo de las toxicomanías por vía parenteral en el País Vasco, que lo coloca a la cabeza de la media española en este aspecto. Si a ello se agrega el altísimo porcentaje de toxicómanos UDVP que se infectan de VIH+, la relación proporcional resulta que de 776 casos acumulados de SIDA, \pm 80% son el resultado de esta población expuesta al contagio al pincharse con agujas y jeringas contaminadas (Ver pág. 159). Sin embargo, llama poderosamente la atención que la población de homosexuales registrados en la autonomía vasca solo registra el 4% de infectados de SIDA (20). En contra de la tan manida cuestión del machismo vasco, hay ciudades como San Sebastián, que han visto crecer el turismo internacional en grandes proporciones, sobre todo el francés y también los turistas interiores, resultando uno de los factores que en otras autonomías, se considera como relevante en contactos entre homosexuales.

En lo que respecta a Baleares, la distribución es más homogénea entre habitantes con prácticas de riesgo. Resultando \pm el 51% de los casos la infección por UDVP y \pm 28% entre homosexuales. La comunidad balear, se distingue por el alto número de visitantes turísticos a lo largo del año, sobre todo extranjeros, y un desarrollo localizado en prácticas homosexuales que hacen de la isla, un lugar preferido por personas con

características sexuales como la señalada. De allí que, la media española entre homosexuales en Baleares, adquiera una tendencia a crecer por los motivos expuestos. La diferencia es de \pm 12 puntos a favor de este crecimiento, representativos en número de casos, censados en el Registro Nacional de Casos (Ver pág. 160).

La muestra, aunque dividida por categorías, puede agruparse entre los segmentos 1, 2 y 3, que, en conjunto, forman el 42% de la consulta, y 4, 5 y 6 con el 48% restante (Ver Cuadro 1 del Anexo IV). Se ha destacado, sin embargo, para el tamaño de más de 500.000 habitantes la localización de la moda, 35,4%, situada en el punto 6 de la variable. El punto 4, donde se ubican de 100.000 a 250.000 personas, y tomando como referencia al País Vasco, se han efectuado el 17,3% de la recogida de información, uniformizando para la encuesta, el número de casos acumulados de SIDA, y la procedencia en la localización geográfica. No se han considerado para esta parte del capítulo, otras variables intervinientes, como el representar los casos que se infectan en determinada ciudad, pero se registran en otras -generalmente, donde se cree se asegura mejor el anonimato y se opina ofrecen mayor desarrollo tecnológico y mejor atención a enfermos y portadores de SIDA-, y a la inversa, aunque en menor cantidad, quienes se contagian en grandes centros urbanos y resultan con anticuerpos positivos al VIH o enferman en pequeños distritos de autonomías diversas.

Asimismo, no se ha incluido la variable representada por extranjeros con VIH+, ya sean residentes españoles o transhumantes por relacionarse al turismo internacional.

OCUPACION / EMPLEO

Para el año 1988, el INE ha presentado la "encuesta de población activa" hasta el año 1986, no incluyendo, Ceuta, Melilla y hogares colectivos. En relación al censo del 1 de marzo de 1981, suponía 37.746.260 habitantes de hecho, para la población española (21).

De todos ellos, 19.216.496 eran mujeres, y 18.529.764, varones. Por tanto, una rápida panorámica sobre indicadores básicos, permite señalar que, la población española representaba, aproximadamente, una de cada cuatro personas ocupadas, 28,66%, exactamente, prácticamente la misma proporción obtenida entre la población activa y los parados, 21,51% en perjuicio de estos últimos. En cuanto al paro y a los grupos de edad medidos sobre tasas, se comprueba que las tasas de paro, son sustancialmente mayores en las mujeres que entre los hombres, coincidiendo en la frecuencia de clase representada en ambas tablas para edades que oscilan entre los 16 a los 24 años. La inflexión o disminución del paro laboral, también en ambos sexos, se distribuye en las tasas que ocupan la frecuencia de clase entre los 25 a 54 años, con una categoría agregada pero que produce sesgos, la de 55 años y más, puesto que entra ya en edades con connotaciones muy especiales de repliegue natural en el mercado competitivo del trabajo. Así pues, nos encontramos, nuevamente, que a mayor paro laboral, producido entre edades adolescentes-jóvenes, no se producen los mayores índices de casos de SIDA registrados. Recordemos que la mayor concentración entre toxicómanos se producía entre los 25 a 29 años (44,68%), y que para los homosexuales, la clase modal era 30 a 39 años (41,37%).

Sin embargo, a menores tasas de paro, mayor concentración de casos censados y acumulados de la epidemia desde 1981 para estas dos poblaciones con prácticas de riesgo ya referidas (22). Se corresponde a la forma de inyectarse las drogas, sin medidas preventivas, y a las relaciones sexuales sin control en actitudes higiénicas frente al SIDA. En el resto de los grupos afectados, que observan condicionantes de

marginación y anomia por esas prácticas de riesgo, puede darse homosexual y toxicómano conjuntamente. Llama la atención, que todas las categorías que aparecen en el "Registro de Casos", predominen las edades con menor tasa de paro (23). De todas ellas, sin que haya una nomenclatura discriminante, separamos la transmisión heterosexual en la prostitución, en su mayoría con conductas heterosexuales, tanto en quien ejerce ese "oficio", como quien se beneficia de ello, en concreto, los clientes de las prostitutas.

En la encuesta realizada para este trabajo, se requirió información, sobre todo a hombres y mujeres en actividad, quienes representan el 66,2% de frecuencias acumuladas. (Ver Cuadro 2 del Anexo IV).

Por tanto, se dispuso una estimación actualizada sobre asalariados a tiempo completo y tiempo parcial, trabajadores autónomos, empresarios y estudiantes. Para segmentos donde entraban amas de casa y jubilados (sectores inactivos estadísticamente y representantes de más de 14.000.000 de ciudadanos españoles), reúne el 25,2% de los datos de opinión solicitados.

Durante la consulta, existían en España alrededor de 3.000.000 de parados, sobre una población de habitantes de hecho, de prácticamente 38.000.000 personas, proporción que, en base a esas dos variables exclusivamente, colocan el indicador por debajo del 8%. Se verá, sin embargo, a lo largo del estudio, otras alternativas sociológicas al diseccionar grupos de exclusivamente homosexuales o prostitutas o toxicómanos. Por tanto, las categorías: sexo, edad y paro, pueden camuflar la situación real con medidas obtenidas globalmente, sin introducir las variables intervinientes necesarias.

El problema singular y dramático que se desarrolla en el país por la epidemia, tiene que ver con la marginación y la anomia que la sociedad ejerce sobre los individuos y grupos de riesgo. Asimismo, el nexo entre estrategias, políticas sanitarias, preventivas, educativas, higiénicas,

de la estructura social del entretajido humano de la sociedad española. Sin embargo, una última consideración permite acentuar la hipótesis que se despliega en esta parte del texto. Es la evolución del paro, por sexos y grupos de edad, sobre tasas expuestas en varios años considerados antes de 1986, referencia ya desarrollada en esta sección. Sin embargo, y teniendo en cuenta que se desconoce la fecha de inicio del síndrome de inmunodeficiencia humana, que en 1981 se concretan las manifestaciones clínicas más graves, los mecanismos más verosímiles de transmisión se apuntaron en 1982 y el agente causal se identificó en 1983 (por los equipos de Gallo y Montagnier), y sobre todo que una persona infectada con VIH+ puede vivir 10 años o más asintomática, las fechas desde 1976 al 79, concluyendo en 1980, resultan de interés en su relación hipotética con esta tesis para el sexo, la edad y el desempleo, donde se ha demostrado la escasa influencia de adolescentes y jóvenes con SIDA.

En el año 1976, se produce en España un ascenso vertiginoso en la curva del paro, que la eleva por encima del medio millón de personas. En el año 1977, de todos los parados, la mitad eran jóvenes-adolescentes entre 16 y 24 años, cifra muy superior entre mujeres. Sin embargo, el paro se triplica en 1981. García Ferrando apunta: "Si se tiene en cuenta que la población activa total en 1977 era ligeramente superior a los 13 millones de personas, mientras que, en 1981 era ligeramente inferior a esa cantidad, quiere decir que el paro se ha triplicado prácticamente entre 1976 y 1980, siendo el crecimiento del paro más rápido entre los jóvenes que entre la población adulta" (24). Finalmente, la tasa de desempleo es mayor entre las mujeres en todos los años estudiados, cuando en relación inversa, han desarrollado SIDA cinco hombres por cada fémina. Aunque el paro siguió creciendo en edades adolescentes y jóvenes hasta el año 1980, la pandemia ha recaído, como se ha demostrado en capítulos anteriores, sobre todo en poblaciones adultas. Las causas pues, deberán demostrarse sobre otras variables que científicamente abarquen aspectos multicausales.

Por éste y otros motivos hipotéticos, la investigación se complementa con segmentos específicos de hombres y mujeres, distribuidos por edades, sobre datos de clasificación socioeconómicos, político-ideológicos, psicológicos, religiosos, etc. en cuotas que vincula cada una de ellas, a homosexuales/bisexuales, toxicómanos, prostitutas/os, y todas y cada una de las causas, formas, conducta, actitudes, ritos, etc, de las poblaciones expuestas al SIDA que por sus características elevan el riesgo a la infección del VIH, de la epidemia devastadora.

PROFESION

Como complemento al desarrollo del enunciado anterior, se ha creído conveniente especificar la variable profesión, para reconocer, con mayor certeza, la posición profesional de la población española interrogada sobre el cuestionario. Para ello, se complementaron con indicadores propios de esta tesis y por sectores económicos que proceden del Instituto Nacional de Estadística. Parecía obvio producir un "barrido" que incluyese una opinión generalizada sobre temas muy diversos, centrada sobre una variable fundamental, el SIDA independiente o dependiente, tal cual se la ha colocado de forma itinerante. Todo ello, sobre respuestas individuales y colectivas en relación con la epidemia, sobre situaciones alejadas de su persona, como sobre su propia identificación ante el fenómeno. Por tanto, no se dejó fuera ningún sector de población que se vinculase al modelo de explotación previsto en el estudio empírico.

Tomando como base al año 1988 y de acuerdo a los indicadores económicos distribuidos por ocupación y paro según actividad y situación profesional se comprueba que los sectores económicos descritos, "industria", "construcción" y "servicios", crecen en números relativos al año inmediatamente anterior, con excepción del sector "agrario", que disminuye ligeramente, siempre de forma relativa (25).

El segmento catalogado como "parados", medido en miles de personas, adquiere una tendencia disminutiva respecto al año 1987, con la excepción del segmento "servicios" que suma alrededor de 200.000 parados más. Sin embargo, los indicadores resueltos en forma de tasas, parecen demostrar que si la medida se efectúa solamente entre la población activa, el apogeo de la curva intersectorial, tiende a ubicarse en parámetros más bajos. El proceso productivo cae, sin embargo, como se ha demostrado en otros apartados, en edades por debajo de los 24 años sin solución de continuidad por lo que merece seguir destacándose.

En las entrevistas a la población general llevadas a cabo para esta investigación, se han considerado todas estas configuraciones estructurales por sectores de la economía, aunque ponderando en algún caso, todo aquel segmento que, consecuentemente, en desarrollos teóricos, han aparecido con mayor validez en sus respuestas. (Ver Cuadro 2 del Anexo IV). Como dato más destacable, aparece el escaso nivel de respuestas entre agricultores, cuando en frecuencia numérica de ocupación representan a 1.700.000 personas, aproximadamente.

Sin embargo, el SIDA es una enfermedad netamente urbana, y con connotaciones de grandes ciudades. Por otro lado, las poblaciones expuestas con mayores prácticas de riesgo, se entremezclan en las macrópolis. Allí pasan o tratan de pasar inadvertidos, toxicómanos, prostitutas, homosexuales y heterosexuales clientes de la prostitución. Las grandes urbes sumergen en el anonimato, en muchos casos, a los marginados y anómicos, a los desviados, sancionados por sus conductas, por la sociedad correctora y a la vez que produce y fomenta estos estereotipos humanos. Dentro de esta ambivalencia estructural, se dinamiza lo convergente y excluyente, en las relaciones sociales y los personajes, espejos de la epidemia.

El juicio atento al fenómeno de la epidemia en el ama de casa, el estudiante, el obrero y empleado, el técnico, el funcionario o el empresario, han resultado piezas indispensables entroncando sectores económicos, con profesiones suficientemente amplias y que convergen en todo el movimiento de expansión y repliegues del funcionamiento de todo el país.

NIVEL DE ESTUDIOS

Representa una variable de enorme transcendencia, ya sea considerada en sí misma en el desarrollo orgánico de cualquier país o estado, sobre todos los conceptos emergentes de este modelo y sus parámetros medibles y comparables (dentro y fuera del estado español). También resultó transcendente, en relación a la tipología dispuesta a dar información sobre la consulta efectuada en torno a la enfermedad, sus afectados, los que pueden llegar a desarrollarla o infectarse por la epidemia del VIH. Parece desajustado significar, que el nivel de estudios del ser humano, es directamente proporcional a su cultura, y que ésta es posible de programar dependiendo de la cantidad y, sobre todo, de la cualidad de la educación y del sistema educativo imperante. Ahondando en algunas de estas consideraciones Carlos París señala "Es, en efecto, el ser humano un animal cultural. Un ser en el cual la cultura reestructura a la biología, en íntima simbiosis, reinformando todas nuestras actividades, desde la alimentación y el erotismo, hasta la creación de representaciones del mundo (...) la educación, así como la producción y la difusión de las ideologías, han sido clásicamente los ámbitos en que esta lucha se ha reñido" (26).

Por supuesto, no era aspiración de esta parte del cuestionario, entrar en disquisiciones epistemológicas referentes a la educación y la cultura piramidalmente colocada sobre la ciudadanía de nuestro país. Sin embargo, para entonces, había cambiado un Ministro (José María Maravall), a raíz de una huelga de gran impacto en ese sector, y reconvertido por el entonces Ministro de Cultura, Javier Solana.

Juan Subirats, en relación a la problemática de la educación señala: "ha girado en estos últimos tiempos en torno a la inadecuación de los procesos formativos en relación a las nuevas necesidades del sistema económico, la deficiente dotación de recursos del sistema educativo y la falta de motivación profesional de los maestros y profesores" (27). En este sentido, Subirats relaciona directamente las variables que

dictaminan, que a menor nivel educativo, menor desarrollo económico, llegando a subrayar al sistema educativo español, como el verdadero "cuello de botella del despegue económico".

Sobre la muestra desarrollada en el análisis empírico, no se consultó a los analfabetos de forma directa, aunque la pregunta de "no tiene estudios", puede encubrir ciertas respuestas que integren a esa población. Situación sesgada, que se acentúa, si la división incluyese los analfabetos funcionales o totales. No obstante, y hecha la salvedad correspondiente, la intención científica especulativa se hallaba en todos los respondientes, que pudiesen precisar con cierta riqueza y claridad de contenidos, una encuesta complejizada por el tipo, la cantidad y las dificultades objetivas y subjetivas (psicológicas) en todo el cuestionario.

De allí, que la muestra se haya concentrado en la opinión de los informantes de estudios primarios y universitarios, abarcando el 93,2% de la variable nivel de estudios. Los residuos, 4,4% para "no tiene estudios" y NS/NC con una frecuencia inestimable, 27 personas, y el 2,4% completan la tipología de quienes se autoenjuician en dichas categorías que posibilitan medir la variable Nivel de Estudios de la población general española. (Ver Cuadro 3 del Anexo IV).

NIVEL DE CREENCIA Y PRACTICA RELIGIOSA

Es esta una categoría transcendente en cuanto al fenómeno del SIDA. A través de ella, es posible desarrollar una primera aproximación entre las advertencias de la Iglesia Católica en el uso del preservativo entre heterosexuales. Situación conflictiva que llega a su punto culminante, al trasladarse el problema a homosexuales/bisexuales, prostitutas, toxicómanos, y el resto de los posibles infectados, aunque no hayan practicado ningún riesgo conscientemente, tal como son los casos de los transfundidos, o los infectados circunstancialmente por pertenecer al conjunto de los hemofílicos. En este sentido, el autor de la investigación de esta tesis, en la Conferencia Internacional sobre el SIDA, advertía lo siguiente:

"A modo de ejemplo práctico y explicativo de lo expuesto, resulta educativo comprobar ciertas actitudes de la Iglesia Católica frente al SIDA, (...) Cuando se habla de la Iglesia Católica también es cierto que no todos sus representantes mantienen posicionamientos uniformes, pero, en definitiva, en España, han primado los conceptos arcaicos, sobre actitudes individuales rescatables. Así, las manifestaciones del Episcopado español en cuanto al uso del preservativo, conlleva un mensaje terminante hacia los católicos, preocupante y alejado de todas las medidas de educación sanitaria y sexual, frente a la aparición de esta enfermedad" (28).

Así el ejemplo representa fehacientemente los riesgos sociales o de control social, donde los católicos españoles -bautizados en el 97,88% de los casos, y practicantes de la Religión Católica en el 47,7% representaban a 18.459.900 habitantes en el año 1984. A ellos les llega el mensaje de los portavoces eclesiásticos, manteniendo la prohibición absoluta en el uso de preservativo, con argumentos que en nada contemplan la nueva situación de las poblaciones expuestas al SIDA. Son necesarias, por tanto, modificaciones inmediatas de estas posturas

radicales, valorando las consecuencias que puede tener dicha indicación en toda la población.

Sobre el estudio de opinión realizado un año después de la Conferencia Internacional, se hallaron respuestas que parecen confirmar la hipótesis de la precaución que debería tomarse desde el Episcopado Español ante la epidemia. Es necesario subrayar estas cuestiones, puesto que la campaña -conocida por el slogan "Pontelo, Ponseló"- del Ministerio de Sanidad y Consumo, conjuntamente con la del Ministerio de Asuntos Sociales, tendente a concienciar al público en general sobre las medidas preventivas ante el SIDA, los embarazos no deseados, etc., promocionando, entre otras actitudes sexualmente saludables, el uso del preservativo, levantó agudas críticas por parte de un sector importante de la Iglesia Católica Española, incluidas las manifestaciones al respecto del Santo Padre, como así también, de todas las organizaciones paralelas agrupadas en sectores del conservadurismo cristiano.

El resultado obtenido en la encuesta a la población general española distingue que más del 26% de los respondientes son católicos practicantes, que junto a los que manifiestan ser católicos pero no ejercientes, suman el 59,2% es decir, en el límite mismo de seis personas de cada diez, con influencias directas o relativas sobre la ideologización de las medidas preventivas negativizadas contra el SIDA. (Ver Cuadro 4 del Anexo IV).

En el análisis del fenómeno, Ministerios versus Episcopado, donde en el medio se halla el público en general y la campaña publicitaria, Jesús de Miguel, explica cómo la difusión de las medidas preventivas, especialmente la utilización del condón, ha sido una campaña para el Episcopado y no para la población en general (29). Sin embargo, a lo largo del estudio expuesto en esta tesis, otras campañas anteriores, por ejemplo "SI DA - NO DA", realizada en dibujos animados que se colocaban el preservativo al no dar SIDA, o no lo tenían puesto cuando sí daba SIDA, también entre homosexuales tuvo un eco diferente al enunciado por el

- 245 -

mencionado autor. La campaña comprendía también, la utilización correcta de agujas y jeringas estériles.

IDEOLOGIA

Es una variable muy utilizada en análisis de la sociedad con técnicas y métodos sociológicos, en relación directa a la estadística social. H. Blalock Jr., utiliza el capítulo V de su libro "Estadística Social" (30) para desarrollar las escalas de intervalo entre las medidas de tendencia central, donde para el modelo que aportará este estudio, se aplican de forma estandarizada conjuntamente con el resto de las medidas y variables propias del programa SPSS para las ciencias sociales. Aunque la producción empírica en Sociología, tomando como categoría analítica la variable "Ideología" es numerosa, para esta investigación se ha tenido especial cuidado en el estudio de la "población ideológica subjetiva" en trabajos de Manuel García Ferrando sobre la utilización de la media ponderada que se aplica en la tesis, como referencia teórico-práctica (31).

Es sin embargo, el trabajo de José Jiménez Blanco en su estudio sobre la conciencia regional de los españoles donde se ha fundamentado realmente el estudio, para la distribución porcentual de autoubicación (derecha-izquierda) en un espacio político y del cual se obtuvieron las mayores referencias y aplicaciones (32).

Tomando pues, en consideración estos trabajos teórico-prácticos, se trasladan a las categorías halladas en la población general española, finalizando el año 1988, dando forma de conjunto a los indicadores de característica sociopolítica o de estructura ideológica.

Interesaba, por tanto, conocer asociativamente la posición ideológica de la población española, para lo cual se dispuso una escala continua del 1 al 10, donde en el límite izquierdo, el entrevistado/a se situaba en ese momento en posiciones ideológicas de extrema izquierda y a la inversa, es decir, hacia el número 10 en la extrema derecha. El cero, representa a los que no saben o no contestan.

El Cuadro 5 del Anexo IV realizado sobre frecuencias absolutas para cada localización de las respuestas (polo izquierdo/polo derecho), presenta la mayor concentración porcentual entre las escalas 3 al 6, con el 63,4% relativo, sobre definiciones en ese campo ideológico. Con más del 15% de personas que eludieron responder (por tanto se situaron en el NS/NC) se superó en su conjunto, o bien las categorías (de derecha a extrema derecha) puntos situados entre el 10 y el 8 como escalas de localización o (de extrema izquierda, más izquierda) casillas 1 y 2 de la escala. Para poder precisar con mayor exactitud la autoubicación en la escala izquierda-derecha, se hacía preciso considerar el porcentaje de población que se autoubica en cada una de las casillas del segmento, recalculando la autolocalización en base a la sustracción del porcentaje de los que definen que no saben no contestan, y ponderando las frecuencias y porcentajes en cada segmento ideológico.

Se puede observar que la moda se localiza en la casilla cinco. Se trata de una distribución que "vira" del centro hacia la izquierda con 4 de cada 10 respondientes autoubicados en las casillas 3 y 4, y con el 50% al sumársele los segmentos de extrema izquierda 1 e izquierda 2. El centro derecha de mayor influencia resulta en los ítems 6 y 7 con el 23% identificado con ese sector de la derecha, desplazándose la curva hacia la derecha-derecha localización 8 con el 4% de ubicación personal y reuniendo apenas el 0,8% la extrema derecha.

La media aritmética es 4,62, más a la derecha que la referencia para la población general española del año 1987, cuya media aritmética resultaba 4,57 según datos de opinión del Centro de Investigaciones Sociológicas, (33). Por tanto, para el "sondeo" de la tesis, realizado aproximadamente un año después del comentado para el C.I.S., aunque la tendencia sigue estando escorada hacia la izquierda ideológica, comienza una lenta modificación hacia posturas conservadoras. Parece como si la idea de progreso de la izquierda, propuesta desde la clase política gobernante, comenzara a desaparecer en paradigmas de mensajes que no provienen desde esas alternativas políticas.

La configuración del progreso como categoría diferenciadora entre izquierdas y derechas, se hace confuso, no determinando progreso igual a evolución, mucho menos revolución ideológica. El viraje hacia posiciones conservadoras se halla más en términos de consumo y variables de mercado económico. En este sentido, el progreso se ha ido transformando, de un modelo nitidamente reivindicativo, diferenciador entre clases sociales, desde el "en sí" y el "para sí", alejándose cada vez más del provento político. La estructura ideológico-política se halla, finalmente, sin una línea conductora en cuya supraestructura, el liderazgo propiciatorio del progreso, como categorización en el espacio vital, representaba a los conceptos de izquierda. Todo esto tiene valor en la medida en que intervienen todos los sectores de la sociedad en la respuesta al fenómeno de la epidemia del SIDA; y por tanto, mensurable en indicadores discriminantes, en este caso, la ideología y sus tendencias subjetivas, en el panorama español de final de 1988.

Respuesta, que en el caso de este país, con la detección ideológico-subjetiva de autoubicación que se ha desarrollado en este apartado, permitirá desagregar esta variable, en todos los entrecruzamientos del estudio donde haya resultado esencial reconocer comportamientos, actitudes, conductas y costumbres hacia la marginación y anomia de las poblaciones expuestas. Finalmente, convergiendo sobre toxicómanos, prostitutas, homosexuales/bisexuales, seres humanos traspasando la frontera del control social, de la desviación, de la ambivalencia política e ideológica.

B I B L I O G R A F I A

1. Cf. Francisco Alvira (1986) "Introducción al análisis de datos" en EL ANALISIS DE LA REALIDAD SOCIAL Alianza Universidad Textos, Madrid, pp. 307-340

Herbert Hyman (1984) DISEÑO Y ANALISIS DE LAS ENCUESTAS SOCIALES, 2ª Reimpresión, Amorrortu Editores, Buenos Aires pp. 127-439

Renate Mayntz et. al. (1985) INTRODUCCION A LOS METODOS DE SOCIOLOGIA EMPIRICA, Alianza Universidad, 4ª edición, Madrid, pp. 245-297

Paul F. Lazarsfeld (1959) "THE ANALYSIS OF STATISTICAL RELATION", 1ª parte correspondiente a "EVIDENCE AND INFERENCE IN SOCIAL RESEARCH", cuya publicación aparece en David Lezner (ed) "EVIDENCE AND INFERENCE" The Free Press, Glencoe, III

2. Pilar Estébanez, R. Nájera (1991) EL SIDA Y LA MUJER. Revista SISIDA vol 2, nº 1, p. 10

3. Cf. O.M.S. Programme special de lutte contre le sida (1987) DECLARATION DE LA CONSULTATION SUR L'ALLAITEMENT AU SEIN OU AVEC DU LAIT DE FEMME ET VIH. ". Genève, 23-25 juin, 1987.

Asia de la Loma (1987) "Aspectos epidemiológicos del SIDA" en SIDA. UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, Ricardo Usieto (comp.) Díaz de Santos, Madrid, p. 102

Rafael Nájera (1991) Revisión al trabajo de Devash, y Calvelli TA, Wood DG et. al. VERTICAL TRANSMISSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS IS CORRELATED WITH THE ABSENCE OF HIGH-AFFINITY FIDITY MATERNAL ANTIBODIES TO THE GP 120 PRINCIPAL NEUTRALIZING DOMAIN. Proc. Natl. Acad Sci USA 1990; 87: 3445-3449. Editado en Revista SEISIDA vol. 2, nº 2. Febr. 91.

Rafael Nájera (1990) SIDA DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD. Ed. EUDEMA, Madrid, p. 159

4. Texto de la intervención del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, Julián García Vargas, en su comparecencia ante la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados, el día 16/02/88, sobre cuestiones relacionadas con el SIDA.

5. Jonathan Mann (1990) GLOBAL AIDS: REVOLUTION, PARADIGM AND SOLIDARITY. AIDS 1990, 4 (suppl 1): 5247-5250. Ed. Current Science Ltd. EE.UU.
6. Manuel García Ferrando (1984) en VV.AA. JUVENTUD ESPAÑOLA 1960-1982. Fundación Santa María, Ed. S.M., Madrid, pp. 17-21
7. Manuel García Ferrando (1984) ibídem p. 17
8. INE Anuario Estadístico España 1988. Ministerio de Economía y Hacienda. Instituto Nacional de Estadística. Madrid
9. J. González Anleo (1984) "Los jóvenes españoles y la familia" en: JUVENTUD ESPAÑOLA 1960/82. Ed. Fundación Santa María, Ediciones S.M., p. 100.
10. J. González Anleo (1984), op. cit., p. 77
11. Manuel García Ferrando (1984) op. cit., p. 18
12. Manuel García Ferrando, ibídem
13. Juan González Anleo (1984) op. cit., p. 110
14. J. González Anleo (1984), op. cit., p. 79.

15. J. González Anleo (1984) op. cit., p. 80.
16. INE Anuario Estadístico España 1988 op. cit., p. 945
17. INE, Anuario Estadístico de España, 1988, op. cit., p. 56
18. José Antonio Valtueña, (1991) Internacional Revista JANO: junio 1991, vol. XLI, nº 957, pp. 22-24
19. "The Independent" publicado en el El País, 1 de julio de 1991, pág. 22
20. Daniel Zulaica (1991) ACTUALIZACION DEL SIDA EN EL PAIS VASCO. Ponencia presentada en el Curso "SIDA. Un desafío para la comunidad" celebrado del 2-6 de Septiembre en la Universidad del País Vasco. (publicación en prensa)
21. INE, Anuario Estadístico de España, op. cit. Capítulo IX, p. 277
22. Centro Nacional de Epidemiología (1991) Registro Nacional de casos de SIDA. SIDA EN ESPAÑA: DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL, CASOS POR EDAD SEGUN EL "GRUPO DE RIESGO". Fecha de actualización, 2 de abril de 1991
23. Centro Nacional de Epidemiología (1991) Registro Nacional de casos de SIDA. SIDA EN ESPAÑA: DATOS DESDE 1981. TOTAL NACIONAL, CASOS POR EDAD SEGUN EL "GRUPO DE RIESGO". Fecha de actualización, 2 de abril de 1991
24. García Ferrando (1984), JUVENTUD ESPAÑOLA 1960/82, op. cit., p. 48

25. INE Anuario Estadístico España 1988, op. cit., p. 227
26. Carlos París (1988) EL PODER DE LA CULTURA, Anuario de "EL PAIS", Madrid, p. 139
27. Juan Subirats, (1988) ¿Educación para qué? en Anuario de EL PAIS 1988, pág. 138.
28. Ricardo Usieto (1987) "El paradigma social del SIDA" en "CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EL SIDA", Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Centro de Análisis Social. Madrid, p. 187.
29. Jesús de Miguel (1991) LAS POLITICAS DE LA MUERTE. ESTRATEGIAS SOCIALES CONTRA EL SIDA EN ESPAÑA. Universidad Autónoma de Barcelona, pág. 27, Texto multicitado.
30. Hubert M. Blalock, Jr. (1966) "ESTADISTICA SOCIAL. ESCALAS DE INTERVALO, MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL." Fondo de Cultura Económica, México, Traducción, Primera Edición, pp. 59-78
31. Manuel García Ferrando (1985) SOCIOESTADISTICA. INTRODUCCION A LA ESTADISTICA EN SOCIOLOGIA, Alianza Universidad Textos, Madrid, pp. 93-95.
32. José Jiménez Blanco (1977) LA CONCIENCIA REGIONAL DE ESPAÑA, C.I.S. Madrid.
33. Datos de Opinión del CIS publicados en REIS nº 39, (1987) pág. 314, tomado de J. Llovet-R. Usieto LOS TRABAJADORES SOCIALES, Ed. Popular Madrid, pág. 45.

POBLACION GENERAL ESPAÑOLA

20. ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA:

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION GENERAL

El crecimiento evolutivo y diacrónico que provoca la epidemia del SIDA en todo el andamiaje social de un país, en su comunidad de ciudadanos, originariamente resulta medible en indicadores donde la infección y la enfermedad resultan inherentes a los aspectos políticos, económicos, religiosos, culturales, educativos, sanitarios, etc.. Los índices apuntados, cuantificables y cualificables en nuestro estudio sobre metodología de las ciencias sociales desnudan, dejan al descubierto integralmente al ser humano y a su exclusión social en su condición de infectado o enfermo.

Es en este espejismo de pliegues y repliegues del conflicto que genera la epidemia, son altísimas las cotas de marginación y anomia entre individuos y grupos afectados. Pero también, entre quienes no lo están pero son sospechosos por su condición de estigmatizados, de ser "sidosos" algún día. Finalmente, para aquellos que sin componer ningún conjunto de personas con riesgo inminente, los separa la frontera de una práctica en libertad condicionada. Han conocido a un hombre o una mujer infectada, sin saberlo, y han hecho el amor sin prevención a las enfermedades de transmisión sexual, han tenido algún desliz homosexual, han compartido, de manera circunstancial, elementos contaminados por el virus, tomando contacto con su sangre, actitudes aparentemente inofensivas luego transformadas en drama. Como consecuencia de todo ello, la infección, la enfermedad y la muerte.

Todo el cuerpo hipotético descrito sobre grupos de personas con relaciones y circunstancias humanas diversas relativas a la pandemia, posibilitan su referencia como objeto de estudio. Las incógnitas a despejar son el producto del estudio empírico sobre la población general española como exogrupo o endogrupo, es decir, quienes se autoenjuician

como miembros de alguno de los grupos señalados y quienes no forman parte de ninguno de los grupos. Por tanto, en esa autocalificación, serán "miembros" aquellos que se "mantienen dentro de las normas, costumbres y criterios privativos de su grupo"; si la dinámica referida en nuestras incógnitas aparece en otro grupo, serán "no miembros". En este sentido J.J. Sánchez Carrión indica que a los miembros se les recompensa, mientras que a los no miembros se les castiga o se les niega toda gratificación (1). Era pues necesario, conocer empíricamente "el comportamiento sexual", "la educación sanitaria-sexual e higiene", "las prácticas sexuales de riesgo" y, por último, "los cambios de hábitos sexuales por el SIDA" entre la población general española. Este mismo desarrollo metodológico entre las variables empíricas enunciadas, sobre técnicas cuantitativas, se aplicó al resto del modelo desarrollado entre homosexuales/bisexuales, toxicómanos/as UDVP y prostitutas, ocupando su análisis la última parte del capítulo que se presenta, estudiándose, no obstante, con diferencias sustanciales en todo el proceso de aplicabilidad científica.

Sobre un cuestionario idéntico (333 respuestas posibles), al que en sucesivas referencias se denominará **ANYMA** (en base a Anomia y Marginación Social) en el caso de la población general se obtuvieron contestaciones de 1.117 entrevistados, para un error muestral del $\pm 3,5\%$, mientras que para las restantes poblaciones de homosexuales/bisexuales, toxicómanos/as UDVP y prostitutas, el número consultado, esta vez por cuotas de grupos con prácticas de riesgo por esas condiciones endogámicas, el número de casos fue de 200 en cada colectivo, elevándose el error hasta el $\pm 7\%$ con niveles de confianza del 95,5% en cada caso.

Sin embargo, y a pesar del sesgo metodológico que ello supone, la investigación fue lograda siempre en datos primarios, única vía posible para comparar, describir, conceptualizar y concluir en un modelo aplicado exclusivamente para la tesis en desarrollo. Esta ha sido una de las hipótesis centrales demostradas a lo largo de todo el trabajo de

investigación, que incluye también, el modelo cualitativo descrito en otro capítulo de esta tesis.

La primera pregunta del cuestionario que se ha presentado versaba sobre el grado de satisfacción que para el informante ofrecían diversos aspectos de la vida, y dentro de ellos se pedía, en concreto, por el grado de satisfacción de su sexualidad. Se encontró que los aspectos de mayor satisfacción para el encuestado eran, por este orden: las relaciones familiares, las relaciones sociales y su nivel de salud. Con porcentajes más bajos, pero de forma mayoritaria se sienten satisfechos con su sexualidad el 59,9% le siguen con porcentajes similares los aspectos de tiempo libre y trabajo, mientras que el aspecto remunerativo por las tareas realizadas es el que crea mayor insatisfacción y que a la vez acumula en la opción NS/NC mayor número de respuestas. En el siguiente cuadro se señala con más detalle el nivel de frecuencias:

Cuadro 1

Grado de satisfacción con aspectos vitales

<u>ASPECTO</u>	<u>MUY Y BASTANTE SATISFECHO</u>	<u>INDIFERENTE, INSAT. Y MUY INSATISFECHO</u>	<u>NS/NC</u>	<u>Total</u>
Amistades	76,6	21,1	2,3	100
Tiempo libre	59,2	37,1	3,6	100
Familia	77,2	20,8	1,9	100
Trabajo	52,8	39,3	7,7	100
Sexualidad	59,9	33,2	6,8	100
Sueldo	31,4	57,9	0,7	100
Salud	71,0	26,4	2,7	100
Vivienda	65,0	32,0	2,9	100

N= (1.117)

Comparando estos resultados con los ofrecidos por una encuesta realizada, diez años antes por el CIS, en la que se sondeaba el grado de satisfacción de algunos aspectos (no se recogió el relativo a sexualidad) y la previsión de evolución futura de los mismos, se puede observar que estos índices no han sufrido una variación sustancial (2).

Excepto las relaciones familiares y la vivienda que han bajado al menos cinco puntos en el grado de satisfacción, los demás aspectos no han cumplido la perspectiva optimista con que se veían hace diez años, pero tampoco han sufrido un grave deterioro. Por otra parte, un porcentaje elevado de los encuestados en 1979 se manifestaron en la creencia de que no cabía esperar cambios.

El comportamiento sexual de la población española se caracteriza por el predominio de las pautas de conductas tradicionales y por un alto grado de complacencia o de satisfacción en las relaciones sexuales. Así, preguntados en qué grado se encuentran satisfechos con su sexualidad, el 60 por ciento de los encuestados las valoraban como muy y bastante satisfactorias, mientras que dentro de las categorías de indiferente, insatisfecho y muy insatisfecho se sitúan el 33,2% de la muestra. Estos porcentajes son menos positivos que el 66,8 y 27,5% respectivamente, recogidos en una encuesta realizada por Malo de Molina, Valls Blanco y Pérez Gómez en Julio de 1986, a una población de 2.500 españoles a los que se sometió a la misma pregunta (3).

El segundo de los items del cuestionario pedía la autocaracterización sexual del encuestado. En concreto se le preguntaba si sólo sentía atracción o tenía relaciones sexuales con el sexo contrario; sólo con personas de su mismo sexo; con personas de ambos sexos o si se trataba de un transexual. En el sondeo de la población general española se encontró que un 89,1 por cien respondió ser exclusivamente heterosexual. Esta pregunta permitió conocer con las limitaciones descritas, las tendencias homosexuales y bisexuales de 1,4 y 3,1% de los consultados respectivamente. Con respecto a estos datos se puede recordar que el cálculo de Kinsey, Pomeroy y Martin sobre la proporción de varones homosexuales dentro de la sociedad americana se cifraba en el 4 por ciento. Según los autores el 4 por ciento de los varones adultos americanos son exclusivamente homosexuales, pero el porcentaje de los que al menos han tenido contacto homosexual con orgasmo llega al 37% y considerando sólo a los solteros menores de 35 años esta cifra se eleva

al 50%. En nuestro país la encuesta a población general realizada por Malo de Molina y otros, dió como resultado, el 8,1% los que reconocieron haber tenido algún tipo de comportamiento homosexual y el 4,6% habían tenido una relación completa (4).

En los puntos obtenidos para este estudio sobre la población española puede observarse que es más bajo, aunque desde un punto de vista práctico, las anamnesis y/o los censos y los protocolos estandarizados recogen la suma del homosexual y bisexual como comportamientos de riesgo homosexual. Esto lleva a precisar que en el caso de esta encuesta, entre los homosexuales y los bisexuales en su conjunto, suman algo más de 4%, cifra que se asemeja a las obtenidas por Kinsey y colaboradores en EE.UU, cerca ya de cumplirse 60 años de realizada la investigación.

Otra aportación en este sentido la ofrece Mario Mieli, quien refiere que según la O.M.S. los datos que se estiman para Italia, en cuanto a número de homosexuales oscilaría alrededor del 4,5% de la población masculina y femenina, es decir unas 2.485.000 personas (5). Además del 1.120.000 de homosexuales de sexo masculino "auténticos" (distinción psico-nazi entre homosexualidad auténtica y pseudo-homosexualidad) existirían en Italia al menos cinco millones de varones bisexuales (6). Es fácil imaginar lo complejo que resulta hacer una estimación real sobre el número de personas homosexuales, debido a la imagen negativa que se le confiere en las sociedades sobre dimensiones de marginalidad y anomia. A este respecto, resulta esclarecedor recoger las situaciones que relataron los encuestados por García Martín y López Fernández, sobre dónde y cuándo podrían llegar a tener una relación homosexual. El 17% podrían hacerlo después de haber tomado unas copas, el 9% con un amigo íntimo, el 7% con una persona que le gustase mucho, un 6% lo haría por probar, 8% en un internado y un 2% en una excursión (7). El tema de la imagen y actitudes de la población en general hacia la homosexualidad, tiene su desarrollo más específico dentro del estudio de la población expuesta homosexual/bisexual que continuará en esta exposición cuantitativa, en el capítulo correspondiente.

En las respuestas que ha dado la población general sobre el número de personas distintas con el que ha mantenido relaciones sexuales completas, se observa tanto el predominio general del conservadurismo como la existencia de importantes minorías relativamente avanzadas (véase en el anexo la tabla 1.1). El mayor porcentaje del cómputo corresponde al total de personas que manifiestan haber mantenido relaciones sexuales completas con una persona (35,8%), si bien el 25% dicen haberlas tenido con un mínimo comprendido entre 2 y 5, el 14,5% con un número entre 6 y 20, y el 8,5% hacen referencia a cifras superiores.

En este aspecto, la diferencia entre el comportamiento de los hombres y el de las mujeres es enorme. El 62,5% de las mujeres dicen haber mantenido una o no haber mantenido ninguna relación sexual. La misma manifestación hacen sólo el 22,9% de los hombres. En este punto se cruzan, sin duda, las nuevas pautas de liberalidad sexual con la moral tradicional del varón. Es un hecho socialmente aceptado que el hombre puede mantener cierto número de relaciones sexuales. Es justo recalcar aquí que la actividad sexual del hombre, pre o extramatrimonial, en nuestra sociedad, lejos de significar menosprecio para el varón, es motivo de vanidad varonil, las conquistas de este tipo son las que se pueden enarbolar con mayor orgullo, a la par que significa rebajar el valor de la mujer, hace aumentar el del varón.

Por otra parte, esta promoción de la hiperactividad sexual del varón, sin educación sanitaria y sexual, puede tener una posible incidencia en la extensión del SIDA en la población general, cuando se concibe como práctica de riesgo. Es decir, sin medidas de prevención hacia enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, no se trata de la cantidad y forma de concebir el número de parejas con actividad sexual, sino más bien, realización de medidas preventivas. Una sola penetración con una persona infectada puede traer como consecuencia una ETS, al igual que la transmisión del VIH, circunstancias extremas pero posibles.

En la dinámica sexual desarrollada durante los últimos doce meses, el panorama cambia y las diferencias entre hombres y mujeres se reducen en una dirección conservadora (tabla 1.2). Sólo la cuarta parte de los hombres y la décima parte de las mujeres reconocen haber tenido relaciones sexuales completas en este período. De todas formas, no conviene olvidar la presencia de estas importantes minorías sexualmente activas, que alcanzan porcentajes notables sobre todo entre determinados grupos de edad. Cerca de la tercera parte de los encuestados, que tiene entre 22 y 28 años (incluyendo hombres y mujeres) declaran haber mantenido relaciones sexuales completas con varias personas en los últimos doce meses.

La población española no parece encontrar ningún tipo de dificultad para realizar el acto sexual (tabla 1.3). Esto es especialmente cierto para los hombres y para las personas comprendidas entre 29 y 50 años. Cuando aparece algún tipo de dificultad ésta es de tipo psicológico: básicamente, timidez (18,2%) y no saber ligar (5,0%). La población general no parece encontrar ninguna dificultad de índole fisiológica como veremos aparecer en otros colectivos. Sólo el 1,8% manifiestan que no pueden "eyacular", mientras que el 1,9% dicen estar enfermos.

La tercera parte de los hombres encuestados reconocen haber realizado la eyaculación oral, si bien, pocos de ellos manifiestan hacerlo siempre o a menudo (tabla 1.4). De nuevo nos encontramos con una minoría importante con pautas de comportamiento sexual que suponen un acercamiento a las prácticas sexuales de riesgo. En realidad, esta "minoría" se convierte, en algún grupo de edad, en "mayoría". El 52,7% de los hombres de 22 a 28 años han realizado la eyaculación oral. Un 12,7% dicen hacerlo siempre o a menudo y un 17,5% la practican a veces.

La estimulación oral de los genitales suele ser una práctica, al menos ocasionalmente, más realizada por el hombre que por la mujer. Según Kinsey, Pomeroy y Martín, el 45,3% de los hombres de educación superior

y el 4,1% de los que poseen educación escasa, han estimulado bucalmente los genitales femeninos.

Los resultados de la encuesta ANYMA ofrecieron que en el caso de la estimulación bucal fálica, el porcentaje baja, y un 58% lo evita completamente (Tabla 1).

En el trabajo de Carlos Malo de Molina et al realizado en 1985, sobre una muestra de 402 estudiantes de la Universidad de Córdoba, se obtuvo que el cunnilingus lo habían practicado el 36,2% de los encuestados y la fellatio el 34,1% de los respondientes (8).

Para los españoles, las relaciones sexuales van acompañadas necesariamente de la realización del coito vaginal, especialmente para los grupos de edad más activos sexualmente. Este dato concuerda con la observación de Beach y Ford en su investigación sobre sociedades humanas y animales, en la cual comprobaron que, existía cantidad y variedad de estimulación previa antes del coito, pero ninguna de ellas servía como sustituto del mismo. El coito o intercambio es la principal actividad practicada (9).

Sólo el 9% de los encuestados, manifestaron que cuando tienen relaciones sexuales no realizaban el coito vaginal o lo hacían sólo alguna vez. Estos se nutren básicamente entre los grupos de edad más joven (menores de 19 años) y más viejos (mayores de 51 años). Para los restantes las relaciones sexuales se asocian al coito (tabla 1.5). Por lo visto hasta ahora, el coito vaginal es la práctica sexual por excelencia de la población española, mientras que las relaciones sexuales con un número excesivamente alto de personas y la eyaculación oral esporádica (es decir, realizada "a veces") son comportamientos sexuales que corresponden a minorías numéricamente muy importantes. Sin embargo, se analizarán a continuación las cifras correspondientes a dos conductas hacia las que la población manifiesta un claro distanciamiento: la

penetración anal y la realización de relaciones sexuales con varias personas a la vez.

En lo referente al primer punto, sólo el 10,4 por ciento de los hombres manifiestan haber realizado la penetración anal. Entre los que responden afirmativamente, destacan claramente los que lo han hecho "alguna vez" o "a veces", frente a los que responden "a menudo" o "siempre". Los más activos en este apartado son, sorprendentemente, los jóvenes entre 19 y 21 años (tabla 1.6).

De la misma forma, sólo el 6,9 por ciento manifiestan haber tenido relaciones sexuales con varias personas a la vez. El porcentaje de los que declaran hacerlo siempre o a menudo no llega al 1 por ciento. Nuevamente los más activos en este apartado son los grupos de edad más jóvenes (tabla 1.7).

A través del cuidadoso cuestionario de Kinsey y col., los autores llegaron a estimar que el 92% de los americanos, se ha masturbado al menos una vez en su vida y el 69% al menos ocasionalmente. Otros investigadores han calculado que este concepto lo realizan desde el 85% al 96% de los varones europeos. Los datos sobre masturbación en las mujeres nos los ofrece Landis y col., el 54% de las 295 mujeres americanas estudiadas, habían practicado la masturbación en algún momento de su vida. Hamilton encontró que el 74% dentro de un grupo de mujeres casadas y Davis, estudiando a 1.183 mujeres solteras y universitarias, descubrieron que las dos terceras partes lo habían practicado (10).

En la encuesta ANYMA, haciendo referencia a esta práctica sexual, se hayó que entre los hombres y el conjunto de personas cuya edad está comprendida entre los 22 y los 28 años, supera el 50% acercándose a este nivel también el grupo de edad de 19 a 21 años (tabla 1.8).

En general, se ha visto que las conductas sexuales de los españoles son conservadoras en la mayor parte de los casos, si bien hay colectivos

importantes que ensayan ocasionalmente prácticas atrevidas o desarrollan conductas más dinámicas. El coito vaginal desempeña el papel central en las relaciones sexuales.

Sin embargo, lo fundamental del comportamiento sexual de los españoles - y probablemente también la clave que explica las actitudes de los mismos hacia el fenómeno SIDA- se encuentra en la importancia dada a la pareja como eje central de la vida sexual, especialmente en el caso de las mujeres. En el estudio realizado por SIGMA 2 a público en general en 1987, reveló que el 80,9% de los varones y el 89,7% de las mujeres, activos sexualmente en el momento de la encuesta, manifestaron mantener únicamente relaciones sexuales con su pareja estable, considerando este tipo de relación como satisfactorio y beneficioso para sus vidas (11).

En el estudio ANYMA y siguiendo la tabla 1.9 se puede comprobar que el 70% de la población española tiene pareja estable y que otro 15% la ha tenido. Si discriminamos los grupos de edad más jóvenes, estos porcentajes se elevan aún más. Todos los grupos por encima de los 22 años presentan casuísticas superiores o muy cercanas al 90% en la suma de las dos categorías citadas.

El índice de fidelidad sexual a la pareja es bastante alto. Dentro de los emparejados, sólo la cuarta parte manifiesta haber sido alguna vez infiel. En este punto, el sexo y la edad vuelven a introducir sesgos importantes. Más del 38% de los hombres han sido infieles, mientras que entre las mujeres este parámetro supera el 16%. La frecuencia de hombres infieles dobla el de féminas. Este dato resulta aún más espectacular si consideramos la frecuencia de las relaciones sexuales fuera de la pareja estando emparejado. Los hombres infieles lo son reiteradamente: más de la cuarta parte de los hombres con vínculo de pareja declaran haber tenido varias relaciones fuera de ella, mientras que sólo lo hacen el 7,3% de las mujeres (tabla 1.10). La deslealtad de la mujer es esporádica (una vez); la del hombre más frecuente (varias veces).

Por edades, los españoles que han mantenido más conductas de infidelidad son los que tienen entre 22 y 28 años. Más de la cuarta parte de estos han mantenido relaciones sexuales fuera de su compañera en reiteradas oportunidades (tabla 1.10).

Sin embargo, debe destacarse el hecho de que para ninguna categoría estudiada de edad y de sexo se dan porcentajes significativos de personas que declaran haber sido desleales en varias ocasiones. El engaño se produce una vez (mujeres) o varias veces (hombres), pero sin llegar nunca a índices altos de frecuencia, como los que se producen en otras poblaciones expuestas al SIDA por ésta u otras razones cuantificables. En esta cuestión, sobresale el conglomerado homosexual/bisexual, aunque debe inicialmente subrayarse que no tiene la misma significación social, la infidelidad entre conjuntos sexualmente diferentes.

21. SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION GENERAL

La formación en educación sexual no existe en España, la enseñanza sanitaria sexual precoz, tampoco. La vinculación del medio ambiente, la ecología, la calidad de vida, se resisten a adecuarse a modelos de referencia primaria en la idea de la educación popular y comunitaria. El SIDA, una epidemia de ferocidad impresionante contra la humanidad, ha encontrado a la población española inerme. Basten como introducción algunos datos esclarecedores.

La mayoría del conjunto de los españoles conocen lo que es un condón. Sin embargo, prácticamente todos tienen dudas de cómo se utiliza. Existen otros medios profilácticos y anticonceptivos, pero se confunden los métodos barreras para no concebir hijos, con los que cumplen una función de prevención de ETS, incluido el SIDA. La práctica de "marcha atrás" o la "pildora" se asocia al preservativo en ETS. Hay creencias "ingenuamente peligrosas" como la de que hacer el amor de pie, con penetración vaginal sin preservativo, no puede ocasionar embarazo. Aún más grave, se continúa manteniendo la costumbre de que a la mujer joven y virgen se la debe penetrar por el ano para no romper la virginidad. Se ha observado en la encuesta ya citada, cómo los más jóvenes menores de 19 años, son los que realizan con mayor frecuencia el sexo anal.

Embarazos no deseados, abortos, ETS, y ahora el SIDA, parten de las consecuencias de una falta absoluta de educación sexual y de una hipocresía social, política y estructural. La víctima es, paradójicamente, la sancionada, a la que se señala, estigmatiza y margina, en una creación de la sociedad, propiciatoria de prácticas de riesgo y de hábitos que en lugar de prevenir lo acercan al SIDA. Simbolización de carencias, más aún, de decadencias.

Desde una perspectiva sociológica, abundan en España los trabajos elaborados sobre un aspecto parcial de la sexualidad, y muy concretamente las

investigaciones sustentadas por análisis demográficos y control de la natalidad.

Se adentra por tanto lo textual en este apartado, en un terreno que ha recibido mayor atención en los estudios sociológicos sobre sexualidad, la referencia al control de la natalidad y por tanto a la averiguación de los métodos anticonceptivos utilizados. Iglesias de Ussel en su revisión sobre sociología de la sexualidad, hace resaltar documentalmente el papel relevante que desde la segunda mitad del siglo XIX prestó el movimiento anarquista, en aras de una ideología de cambio social, a la atención de la sexualidad, al amor libre, al papel reivindicativo de la mujer, que sin duda sirvió de sedimento para la posterior evolución de las relaciones sexuales independientes de la función procreativa (12).

En los inicios del siglo XX se emprende, desde algunas instituciones y autores, la recogida de datos relacionados con usos, costumbres y prácticas o perspectivas sobre la sexualidad en España. Pero es, en las décadas de los 50 y los 60, donde se realizan los primeros estudios abordando aspectos de control de natalidad, relaciones pre o extramatrimoniales entre universitarios en los trabajos más pioneros y a la población general, en las investigaciones llevadas a cabo durante la década de los sesenta (13).

Los antecedentes de consulta general sobre métodos de planificación remiten lo investigado en los años setenta, donde Amando de Miguel, para el informe FOESA 70, pregunta a una muestra nacional de amas de casa su actitud ante el uso de la píldora. En 1973 aparecen los resultados sobre comportamientos de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar, procedentes de una encuesta realizada por Juan Díez Nicolás a 2.000 mujeres españolas entre 15 y 45 años. Más recientemente, ya en la década de los ochenta, el C.I.S. sigue incluyendo en sus consultas y barómetros preguntas relativas a métodos anticonceptivos, a las que nos

vamos a referir y detener. De ellos se extraen, para su observación y comparación, algunos de sus resultados.

Antes de comentar la casuística perteneciente a la encuesta ANYMA, es necesario hacer una brevisima revisión de los datos obtenidos sobre el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos entre los españoles durante los últimos años.

En 1983, el C.I.S. realizó una encuesta de carácter nacional, donde se recogía información sobre: A) Conocimiento de métodos anticonceptivos; B) Opinión del más utilizado en España; C) El más eficaz; D) De cuál había sido usuario y E) Cuáles de ellos creía que no estaban permitidos por la Iglesia Católica (14).

Analizando los resultados de esta encuesta se observa que para los españoles entrevistados a finales de 1983, el método anticonceptivo más utilizado era la administración de píldoras por parte de la mujer, que es por otra parte, el sistema considerado más seguro y eficaz de todos los presentados; el 15% se refieren al preservativo como barrera más aplicada para evitar el embarazo, y estimado además por el 6% de la muestra como el más eficaz; en porcentajes aún menores son empleados otros anticonceptivos como la interrupción del acto sexual (10%) y el Ogino (7%), este último, apreciado como de los menos eficaces contra el embarazo, es sin embargo el que se conoce como más permitido por la Iglesia Católica.

En el trimestre final de 1985, el C.I.S. volvió a consultar a los españoles sobre las actitudes frente a la natalidad y en concreto sobre los métodos anticonceptivos (los mismos que los presentados en la encuesta de 1983) se realizaron las siguientes preguntas: A) ¿Cuáles de ellos conoce Vd., aunque sólo sea de oídas?; B) ¿Cuál diría Vd. que es, de todos éstos, el método más utilizado en España?; C) ¿Cuál le parece que es el más eficaz?; D) ¿Cuál de ellos ha utilizado Vd. preferentemente en el último año, si es que ha usado alguno? (15).

Resulta interesante comprobar que en el transcurso de dos años desde la última consulta del C.I.S. sobre el conocimiento de sistemas anticonceptivos, estos se hayan divulgado tanto entre la población general que -excepto el incremento del 3% de nuevos conocedores del método Ogino y el 11% de "interrupción"-, los anticonceptivos observan un aumento en el conocimiento de más de seis puntos.

Al igual que en el sondeo de 1983, la píldora y el preservativo son los modelos que se consideran más eficaces y utilizados. Por último, hacer constar que el 54% manifestó no haber utilizado ninguno en el último año.

Finalmente, antes de comentar los datos propios de esta investigación, se hará mención a un sondeo del C.I.S. realizado muy próximo en el tiempo a la encuesta ANYMA.

En junio de 1988, el C.I.S. consultó a la población española mayor de 18 años sobre los mismos métodos anticonceptivos presentados en consultas anteriores, preguntando en concreto por las siguientes cuestiones: a) ¿Qué métodos para no tener hijos conoce Vd. aunque sea sólo de oídas?; b) ¿Cuál diría Vd. que es, de todos ellos, el más utilizado en España?; c) ¿Cuáles de ellos ha utilizado Vd. o su pareja habitual?; d) Y en el último mes, ¿cuál de ellos ha utilizado Vd. o su pareja?; e) Y de los métodos que estamos hablando ¿cuáles son, a su juicio, normalmente aceptables? (16).

Nuevamente, los porcentajes de conocimiento de métodos anticonceptivos siguen elevándose, excepto los que habían sido considerados como menos eficaces contra el embarazo. La píldora y el preservativo, por este orden, son los más utilizados y respecto a la implicación moral de su uso, todos sin excepción son mayoritariamente estimados como moralmente aceptables.

Sin duda, la casuística más importante de la encuesta ANYMA, dentro del apartado correspondiente a la población general, es la relativa a la educación sanitaria y a la higiene sexual de los españoles. Ambas categorías resultan extraordinariamente deficientes. Se adelanta aquí que los datos acerca del grado de conocimiento específico relativos al SIDA no son halagüeños. Parece razonable afirmar que, ello no resulta en absoluto sorprendente si tenemos en cuenta el bajo nivel sanitario e higiénico de los españoles en los aspectos relacionados con la sexualidad.

En el cuestionario que se sometió a los entrevistados había una pregunta sobre los métodos de higiene utilizados. Se les daban varias posibilidades codificadas (las más usuales) y la opción de incluir otras no previstas. Cabían hasta un máximo de dos respuestas. Los resultados figuran en la tabla 1.12 y son extraordinariamente llamativos en el contexto de esta investigación.

El 45,1% de los españoles no utiliza ningún método de higiene para realizar el acto sexual. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. Tampoco aparecen variaciones entre los diferentes grupos de edad.

Los que utilizan la prostitución son ligeramente más higiénicos, como puede apreciarse en la tabla 1.13. Pero las diferencias son muy importantes, y esto es grave porque la prostitución sin medidas profilácticas es una práctica sexual de riesgo. Por esta vía se acentúan todas las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Existen en el mundo cien millones de casos de ETS por año. Una gran proporción está relacionado con la prostitución, sobre todo en países africanos y del tercer mundo.

En la tabla 1.14 puede verse la escasa frecuencia con la que los españoles pasan revisiones médicas relacionadas con el sexo. En realidad,

cerca de las dos terceras partes de la población no las realiza nunca. Para los hombres este porcentaje se eleva al 84,2%. De todas formas, cerca de la mitad de las mujeres no acceden a la prevención sanitaria, sobre una de las causas de mayor incidencia y prevalencia dentro de los aspectos de mórbid-mortalidad relacionados con algunos tipos de cánceres (útero, mamas, etc.).

En suma, la pareja es importante. También lo es la fidelidad, al menos para las mujeres. Minorías muy importantes de hombres no tienen reparo en señalar que han mantenido varias veces relaciones sexuales fuera de su consorte, estando emparejado de manera estable. Sin embargo, incluso en estos casos, la pauta de comportamiento es relativamente moderada. En pocos casos, los emparejados hacen del cambio constante de pareja sexual una práctica cotidiana.

Los españoles parecen manifestarse conformes con sus pautas conservadoras (aunque con cuñas importantes de liberalidad). Más del 60% están satisfechos o muy satisfechos con su sexualidad. Estos porcentajes son aún más altos entre los hombres y entre los grupos de edad más activos sexualmente (entre los 22 y los 50 años). La tercera parte de los jóvenes entre 14 y 18 años y la cuarta parte de las mujeres manifiestan ser indiferentes. Los abiertamente insatisfechos son pocos: las tres cuartas partes de los españoles están bastante o muy satisfechos (tabla 1.11).

Este alto índice de satisfacción sexual muestra un alto nivel de autocomplacencia y revela una escasa predisposición hacia el cambio. La sexualidad de los respondientes sigue centrada en la monogamia y en el coito dentro de la pareja, si bien hay minorías muy importantes, moderadamente promiscuas y que realizan con alta frecuencia prácticas de riesgo como la eyaculación oral. En general, todos están satisfechos sexualmente. Entre el conservadurismo y la autocomplacencia, el SIDA aparece, según se analizará más adelante, como algo socialmente importante pero ajeno. No es extraño por ello que la educación

sanitaria-sexual y los métodos de higiene sean deficientes entre la población española. Este es uno de los puntos hipotéticos a desarrollar en el próximo capítulo.

En cifras globales, según puede apreciarse en la tabla 1.14, los que utilizan la prostitución acuden al médico incluso menos que los que no la utilizan. Sin embargo, hay que tener en cuenta el hecho de que son los hombres los que recurren, casi exclusivamente, a la práctica de pagar por obtener relaciones sexuales. De todas formas, el 63,7% de los que la utilizan, no pasan ninguna revisión médica relacionada con el sexo, cifra inferior al conjunto de varones que no acuden a las prostitutas, pero extremadamente alta, dados los riesgos potencialmente contraídos.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, un 28,4% de los encuestados manifiesta todavía que no usa ninguno, si bien este porcentaje se reduce hasta el 14,4% y el 12,4% para los grupos de edad de 22 a 28 y de 29 a 31 años, respectivamente (tabla 1.16).

El método más utilizado es el preservativo (39,2%), seguido de la marcha atrás (13,3%) y de la pildora (11,1%). Esta última es algo más recurrida por los españoles de 22 a 28 años. La quinta parte de los encuestados de este tramo de edad, la usan. Los restantes sistemas anticonceptivos no aparecen como referencias de alta significatividad.

Se incluye entre estos el método Ogino, el D.I.U., la ligadura de trompas, y la vasectomía. Un 6% de la muestra utiliza como único medio anticonceptivo el lavado inmediato posterior al acto sexual (tabla 1.16).

En lo referente a la cultura sanitario-sexual de los españoles, el panorama es desolador. Para conocer el estado de la cuestión, se sometió a los informantes a una pregunta cuyo texto era el siguiente: "¿en qué grado conoce Vd. las siguientes enfermedades de transmisión sexual?". A

continuación se ponía un repertorio de enfermedades (la sífilis, la gonococia o purgaciones, el granuloma inginal, el chancro blando, el herpes genital, la sarna, el SIDA y las verrugas o papilomas genitales), cada una de las cuales admitía cinco respuestas, de acuerdo con una escala que iba desde "muy bien" hasta "muy mal". Con este sistema se pudo conocer la valoración subjetiva que el propio encuestado realizaba acerca de su conocimiento de las citadas enfermedades. Naturalmente, no se pudo valorar el conocimiento objetivo que tenía acerca de las mismas y se corría el riesgo de que el informante manifestase un grado superior al real para producir una buena impresión. Por otra parte, al existir una opción intermedia ("regular") cabía la posibilidad de que se dirigiese hacia la misma un gran número de las respuestas de aquellos que habían oído hablar de las citadas enfermedades sin tener un conocimiento específico elemental de ellas.

Es imposible reconocer hasta qué punto se han podido producir los sesgos a los que se ha hecho mención. De todas formas, los resultados, que figuran en las tablas cuyos números van desde el 1.17 hasta el 1.24, muestran que los españoles confiesen, sin rubor, su ignorancia sobre la práctica totalidad de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

La enfermedad más conocida es la sífilis, que al menos conocen regular el 27,5% de los encuestados: bien, el 19,7% de los mismos, y muy bien, el 6,1% (tabla 1.17).

La gonococia la distinguen mal, muy mal o no responden las dos terceras partes de la muestra y las tres cuartas partes de las mujeres (tabla 1.18). Las cifras son aún más extremas en el caso del granuloma inginal, que sólo conocen bien o muy bien el 5,9% (tabla 1.19). Datos epidemiológicos de estas dos enfermedades distribuidos según edad durante el I Seminario de Epidemiología sobre E.T. (Enfermedades Transmisibles) recogieron, que aproximadamente el 20% del total de casos de gonococia, ocurren entre personas menores de 20 años, el 60% del total, en menos de

25 y hasta el 80% de los casos totales, antes de los 29 años. En cuanto a la sífilis, es entre 20-24 años donde se da la mayor incidencia, seguido del grupo entre 25-29 y un tercer grupo entre 15-19 años. La distribución del granuloma inguinal es menos frecuente que las anteriores, propia de las zonas templadas, tropicales y subtropicales. Más común en los varones de grupos de bajo nivel social, generalmente entre 20-40 años. Su incidencia aumenta en los homosexuales.

De igual manera, sólo clasifican como enfermedad bien o muy bien al chancro blando, el 3,5% de los encuestados (tabla 1.20). Idéntico resultado acerca del herpes genital manifiestan el 14,3% (tabla 1.21). Dicen conocer mal, muy mal o no conocen la primera enfermedad, las tres cuartas partes de la muestra. Para la segunda enfermedad, los más ignorantes sólo suponen las dos terceras partes del total del sondeo (tablas 1.20 y 1.21).

El pobre nivel educativo sanitario-sexual de los españoles se pone igualmente de manifiesto en los casos de la sarna y de las verrugas (papilomas genitales), donde el 60% de los preguntados en el primer caso, y las dos terceras partes, en el segundo, autocalifican su conocimiento de estas enfermedades como mal, muy mal o no las conocen (tablas 1.22 y 1.23).

Se quiere recordar que uno de los objetivos del programa "Salud para todos" en el año 2000, es precisamente la eliminación de determinadas enfermedades previsibles, como las enfermedades de transmisión sexual, a través de acciones de educación sistemática, de diagnóstico precoz y tratamiento de mujeres embarazadas, contagiadas y transmisoras de la sífilis congénita (17).

En todos los casos, los deficientes conocimientos acerca de las E.T.S. son comunes a todos los grupos de edad y patrimonio tanto de los hombres como de las mujeres, si bien estas últimas manifiestan una ignorancia ligeramente superior.

Dentro de este panorama, apenas puede sorprender que los españoles confiesen que conocen mal el SIDA (tabla 1.24). De todas formas, los resultados son mejores que para el resto de las E.T.S., con la excepción de la sífilis.

El SIDA es un tema que ha logrado a través de las primeras noticias, más o menos sensacionalistas, llegar a preocupar a los españoles. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1988 sobre "Aspectos sociales del SIDA", casi 5 de cada 10 españoles dice sentirse muy o bastante preocupado respecto a esta epidemia. Consultada sobre cuál es el peligro de muerte en la vida actual que les produce mayor grado de temor, el SIDA aparece como el peligro más importante para 3 de cada 10 individuos y un 83% de la población considera la enfermedad como un problema muy grave de salud.

Asimismo, en la encuesta barómetro realizada por el C.I.S. en 1987, un 84% de los españoles consideraban al SIDA como un problema muy importante aunque sólo un 19% de los consultados se veía personalmente bastante o muy afectado (18). En esta misma encuesta, el C.I.S. incluía preguntas relacionadas con el conocimiento y actitudes de los españoles frente al SIDA. En ella se aprecia que, el 97% había oído hablar del SIDA, y de ellos un 33% se consideraba "bastante" y "muy informado" sobre esta enfermedad. Un 66% creía que estaba "poco" o "nada" informado sobre el síndrome de inmunodeficiencia humana.

Respecto a la significación de las vías de transmisión y medidas de prevención, el análisis de resultados sobre "Aspectos sociales del SIDA" en población general y realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo resulta extraordinariamente positivo. Prácticamente el 100% de los encuestados conoce que el SIDA es una enfermedad que puede ser transmitida por sangre (97%) y por utilización de jeringuillas usadas (98,5%). El 92,4% sabe que la infección puede transmitirse por contacto sexual íntimo. El 88,4% por relación madre infectada-hijo. Sin embargo,

un 35% y un 16% creen que el contagio es posible a través de la saliva o por el beso, respectivamente (19).

En un ámbito más reducido, el Instituto Regional de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid realizó un estudio en 1987 sobre los conocimientos y actitudes de los madrileños frente a la nueva enfermedad que se anunciaba como epidémica (20). Merece la pena recordar que en las fechas en que se realizó la encuesta, todavía no había comenzado ninguna campaña informativa sobre el SIDA.

En esas fechas, nueve de cada diez madrileños consideraba al SIDA como problema de salud muy o bastante grave. Para la mayoría (55%) se trataba del más preocupante y grave de la Comunidad de Madrid. Con respecto a la información, un 20% de los ciudadanos de la capital consultados dió diversas respuestas que no se ajustaban a la realidad respecto al agente causante del SIDA, y un 14% no supo que contestar. Otras opciones en relación al conocimiento que se tenía sobre la enfermedad, permitieron observar que existía una importante confusión, corroborada por otros sondeos, incluso de reciente realización. Se trata de la falta de distinción entre la condición de portador del virus y la de enfermo de SIDA. Sobre el grado de información de las vías de transmisión de la infección por VIH, se podría repetir lo ya comentado en los estudios cuantitativos de campo de nivel nacional.

Es decir, se tiene un excelente panorama sobre la existencia de las vías científicamente probadas como transmisoras de VIH (sangre, sexo, materno-filial), pero también se añaden porcentajes importantes de los que creen o dudan que el virus se pueda transmitir además por otros mecanismos científicamente descartados (picaduras de mosquitos, transmisión horizontal, lavabos, piscinas etc.). Son muchos los estudios realizados sobre la posibilidad de transmisión por otras vías de las reconocidas por la comunidad internacional o por contacto casual, pero todos han sido concluyentes en este sentido, no se ha podido encontrar ninguna evidencia de este tipo de transmisión (21).

Como datos más concretos de la comunidad madrileña, se debe mencionar que un 38% piensa erróneamente que los donantes de sangre tienen posibilidad de contraer el SIDA, el 20% cree que el personal sanitario que atiende enfermos de SIDA tiene mucha probabilidad de contraer la enfermedad.

Según los resultados de la encuesta ANYMA, el SIDA lo conocen "regular", el 31,5% de los encuestados; "bien" o "muy bien", el 23,6%; "mal" o "muy mal", el 30,7%; "no saben" o "no contestan", el 13,9%. Sin duda, los españoles han oído hablar del SIDA a través de los medios de comunicación y tienen algún tipo de información acerca del mismo. Pero no se atreven como actitud crítica y concreta a confesar que conocen bien la enfermedad.

Y no deja de resultar sorprendente el hecho de que, a pesar del bombardeo informativo que ha rodeado a la "epidemia del siglo", existe aún más de la tercera parte que declaran abiertamente conocerla mal o muy mal, mientras que otro tercio, manifiesta estar informado sólo regular. Asimismo, cerca de un 15%, no saben o no contestan. Lo peor es que no se observan sesgos apreciables por razón de sexo o de edad, afectando todas estas carencias a todos los grupos (tabla 1.24).

Se hace aquí un paréntesis para indagar el grado de conocimiento que sobre las enfermedades de transmisión sexual en general (y sobre el SIDA en particular) tiene un colectivo que interesa especialmente por los riesgos que contrae: se trata de los españoles que utilizan la prostitución, como así también en la relación oferta:prostituta / demanda:cliente, la generación de un modelo que aproximan el objeto de estudio a situaciones de marginación, conducta desviada y anomia. Todo ello a partir de las reglas o normas sociales hacia la mujer prostituida y sus relaciones humanas.

La tabla 1.25 muestra los porcentajes que conocen bien o muy bien las diferentes enfermedades de transmisión sexual que figuraban en el cues-

tionario. Los niveles son superiores a los del resto de la población, pero claramente insuficientes, especialmente para un grupo tan expuesto a esa práctica de riesgo. Sólo en el caso de la Sífilis los buenos diferenciadores superan ligeramente el tercio del total de usuarios de los prostitución. El grado analítico del SIDA se acerca a ese nivel. En cualquier caso, y resumiendo lo que se ha dicho hasta ahora de este grupo, los usuarios de la prostitución no parecen tener el grado de consciencia que se supone a un grupo con un índice de exposición al contagio sexual superior a la media. Y esto se pone de relieve por el hecho, de que tanto por sus métodos de higiene como por el nivel de información que manifiestan, no se deduce que estén especialmente sensibilizados hacia el SIDA.

Lo dicho para el subconjunto de usuarios de la prostitución, es igualmente válido para el conjunto de la población española. Siendo el SIDA una enfermedad de transmisión sexual, y a pesar de existir espacios de tolerancia (que son posibilidades de contactos sexuales y, por consiguiente, de exposición al contagio), puesto de relieve en el capítulo anterior, los españoles, según se ha visto en el presente informe, presentan niveles de higiene sexual y de conocimientos sanitario-sexual extraordinariamente bajos, como si el SIDA, fuese un problema del "otro", del estigmatizado como "grupo de riesgo", pero no algo que pueda afectarles a ellos mismos y que les obligue a informarse y a modificar sus pautas de higiene.

En todas las encuestas de opinión consultadas se observa la fuerte asociación que se da entre ciertos colectivos, desde la medicina, y especialmente la epidemiología, denominados "grupos de riesgo", y el SIDA. Sólo por citar algunos de estos datos a los que se hace referencia, cabe señalar los resultados obtenidos por el autor de esta tesis, en un estudio realizado en 1986, encuestando a alumnos de cursos superiores de Salud Pública de la Escuela Nacional de Sanidad, todos ellos licenciados o doctores en diversas disciplinas que abarcan la salud pública o comunitaria (22). La investigación consistió, entre

otras cuestiones, en medir el grado de asociación hacia los heroinómanos y los homosexuales con el SIDA, dejando al entrevistado diversas opciones opináticas y recogidas cuantitativamente en escalas de medida empírica. La conexión SIDA/heroinómanos fue seleccionada por el 30,49% de los respondientes, no existía ninguna asociación en el 31,71% y creían que dependían de otros factores (exposición al riesgo de contaminación de agujas y jeringas) el 36,58 por ciento. Esta situación coaligada fue casi idéntica para los homosexuales/SIDA, donde como netamente asociado aparecía el 32,93% del corpus de datos, por la negación el 31,70% y condicionado por otros factores (número elevado de parejas, no utilización del condón, etc.) el 32,93% de los integrantes de la muestra.

Por tanto, sólo un tercio de los profesionales de salud pública en el año 1986, señalaban a los factores de riesgo como causa de la asociación entre el SIDA y las dos poblaciones significadas (heroinómanos y homosexuales). Sin embargo, aparece como mucho más notable, que dentro del mismo cuestionario ante el interrogante de si un toxicómano o un homosexual eran responsables del SIDA como propagadores de la epidemia, el 56,20% de los encuestados calificaron de responsabilidad directa a los UDVP, y el 61% a los homosexuales. Estos indicadores, altamente negativos en términos de enjuiciamiento, hizo que se replantearan algunas medidas en torno a la pronta y clara difusión educativa y preventiva respecto a al SIDA y los colectivos de afectados y las poblaciones de mayor riesgo y contagio (23).

Dentro del mismo perfil asociativo existen otros estudios como el realizado en 1987 por la Comunidad de Madrid. Se obtuvo que el 99,2% de los encuestados pensaban que los drogadictos intravenosos tenían mucho riesgo de contraer el SIDA, y el 95% lo relacionaban con los homosexuales (24). Asimismo en el trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo, elaborado sobre actitudes similares, el 97% de los españoles identificaba el SIDA con los adictos a drogas intravenosas y a los homosexuales (25).

En la encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1988, un 71,6% se mostraba de acuerdo con que el SIDA era un producto de la drogadicción y un porcentaje similar (70%) lo creían producto de la homosexualidad (26).

Merece un especial interés el papel de los medios de comunicación en la divulgación e información correcta respecto al SIDA. Sobre este aspecto, el 44% de los madrileños, opinaban en 1987 que sobre este tema se hablaba poco o nada en los medios de comunicación; un 40% consideraba que se hablaba bastante o mucho, mientras que un 8% creía que se hablaba demasiado sobre estas cuestiones. Asimismo, un 48% de los encuestados, consideraba que la información que se ofrecía era alarmista, mientras que idéntico porcentaje expresaba lo contrario (27).

La escasa sensibilización que la población española muestra hacia el fenómeno del SIDA, se pone también de relieve al comprobar el medio de comunicación utilizado preferentemente para informarse de esta enfermedad. Para más de la mitad de los encuestados, este papel lo ha desempeñado la televisión. El predominio de este medio es general entre todos los grupos de edad. Sólo el 17,5% ha sentido la necesidad de acudir a folletos informativos, para obtener algún tipo de conocimiento más especializado, si bien esta proporción supera el 25%, para los españoles entre 19 y 28 años. Merece la pena destacar igualmente la importancia que los periódicos y revistas presentan para patrones entre 29 y 50 años, y la que tiene la radio entre mayores de 65. (Tabla 1.26).

La importancia de la televisión es manifiesto en el tipo de fenómenos que más han impactado a la población general para darse por enterados de la infección por el virus del SIDA. El hecho que más ha llamado la atención es la muerte de Rock Hudson, sobre todo entre los jóvenes (tabla 1.27). También ha impactado bastante, aunque en menor medida, el hecho de que el SIDA tuviera una mayor incidencia entre homosexuales-bisexuales, heroinómanos y prostitutas, pero además enterarse de que era un problema de Salud Pública también heterosexual (tabla 1.28 y 1.29).

En suma, es una gran mayoría de la población española, la que dice conocer el SIDA mal o regular, que se ha informado básicamente a través de la televisión y que ha sido impactada, sobre todo, por sucesos como la enfermedad y posterior muerte de Rock Hudson. Para estos, el SIDA es un fenómeno anunciativo más, de los múltiples que amueblan materialmente periódicos e informativos de radio y televisión. El SIDA se convierte en titular de máximo impacto cuando alcanza a personalidades conocidas del mundo del espectáculo. El desarrollo del reportaje se produce a través de las conocidas técnicas de espectacularización. De esta forma inciden en gran medida en la población. Pero las crónicas desaparecen y el SIDA continúa. Los españoles dicen estar informados sobre el SIDA de forma casi exclusiva a través de los medios que difunden básicamente reseñas. Pocos retienen de los fenómenos noticiosos, la inquietud suficiente para adquirir algún tipo de información especializada que mejore su educación sanitaria-sexual y la sensibilice sobre los métodos de higiene sexual convenientes.

Por último, en las tablas que van de la 1.39 a la 1.47, se observarán algunos datos relativos al conocimiento objetivo que los españoles tienen acerca del SIDA. En ellas se aprecia que la mayoría de la población tiene un conocimiento aceptable de los vehículos de transmisión de la enfermedad, aspecto este, en el que ha incidido bastante sobre la mass media. La población general conoce las cualidades transmisoras de las transfusiones sanguíneas (tabla 1.40), del acto sexual homosexual, (tabla 1.43) y de los objetos cortantes (tabla 1.45). Sin embargo, existe una confusión generalizada sobre las propiedades transmisoras de los mosquitos y de otros insectos, aspecto este que puede deberse a las declaraciones contradictorias que sobre este particular ha realizado algún sector de la medicina y que han sido reproducidas y parcialmente distorsionadas por algunos medios (tabla 1.47).

Más llamativo es el desconocimiento de otros aspectos básicos relacionados con la transferencia de la enfermedad, por parte de algunas minorías

de cierta importancia numérica: el 20% de los encuestados, no sabe si el virus del SIDA se propaga o no, por medio de los alimentos y el agua (tabla 1.39); idéntico porcentaje, ignora el dato de que el acto sexual heterosexual es también transmisor (tabla 1.44); la cuarta parte desconoce si la enfermedad también se irradia por medio del aire respirado de una persona infectada (1.46). Pero la mayor confusión se produce acerca de las propiedades transmisoras de los besos. Este aspecto lo desconocen o lo interpretan incorrectamente, la tercera parte de los encuestados (tabla 1.42). Por último, existe también una cierta confusión acerca de la existencia de otros medios difusores (tabla 1.47).

En este punto, acudiendo nuevamente a la encuesta de 1987 realizada por el CIS, los resultados van bastante parejos con los anteriormente descritos. Un 49% manifestó creer o tener dudas sobre la posibilidad de contraer el SIDA por comer alimentos tocados por una persona infectada y el 68% tenían las mismas dudas respecto al peligro de besarse (28).

Los datos complementan los anteriormente señalados y refuerzan la impresión general de que queda mucha labor por realizar para mejorar una educación sanitaria y una higiene que, en todo lo relacionado con la sexualidad en general y con el SIDA en particular, sólo puede calificarse como deficiente, aunque evolucionando hacia modelo más próximos a una realidad alejada de prejuicios insolidarios, pero sobre todo, carentes de educación sexual y sanitaria.

22. LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:
PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION GENERAL

Aunque en el primer capítulo se analizaron las líneas generales del comportamiento sexual de la población española, es necesario desde la propia hipótesis de partida, dedicar una atención específica sobre el material empírico empleado a determinadas prácticas de riesgo. La hipótesis propuesta sostiene el concepto de que las prácticas sexuales de riesgo habituales, responden fundamentalmente a una falta absoluta de educación sexual precoz, y a la carencia en aspectos transcendentales en formación sanitaria. Esto lleva, dentro de la misma significación hipotética, a la creación de un perfil humano, que tiene un máximo porcentaje de posibilidades de infectarse de SIDA. Por tanto, de ubicarse dentro de la anomia, marginación, conducta desviada y sanción sociales. De la misma forma como existen sectores sociales y políticos (no tienen porqué ser los mismos), que creen que liberalizar el consumo y acceso a las drogas, provocaría un aumento en la demanda y por tanto, nuevos toxicómanos, se mete en el mismo rasero que, educar sexualmente a los niños precipitará las relaciones sexuales entre adolescentes, confundiendo educación con inducción al pecado. El informe ANYMA coloca al descubierto los innumerables riesgos que provoca la ignorancia, impuesta desde el control social, religioso y político.

En esta dirección se incluían en el cuestionario tres preguntas. La primera, hacía referencia a la ingestión de semen; la segunda, intentaba descubrir si el encuestado había observado en él o en su compañero algún traumatismo en el que se hubiese producido sangre después de realizar el acto sexual; la tercera, se refería a la utilización de la prostitución.

En general, los resultados son coherentes con los presentados en el apartado 1.1. Las prácticas sexuales de los españoles son conservadoras. Sin embargo, existen porcentajes apreciables, sobre todo entre determinados grupos de edad, de personas que incurren en hábitos de riesgo. Por ello, no están justificadas en absoluto las carencias

educativas e higiénicas que, en el ámbito sexual, muestran los españoles, como consecuencia del freno a su enseñanza en estadios precoces y aún, dado la gravedad del problema, entre personas adultas.

La práctica de ingerir semen no parece muy extendida. No lo han hecho nunca, el 70,1% de los españoles. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que entre la población heterosexual esta conducta es más femenina. Sólo el 60,1% de las mujeres dicen no haber ingerido nunca semen. Entre las practicantes, predominan las que lo hacen alguna vez, frente a aquéllas que lo han realizado en una única oportunidad o siempre que quieren, que les apetece y que se lo proponen. En suma, se trata de una actividad que afecta a minorías cuantitativamente importantes, con una frecuencia moderada (tabla 1.43).

El grado de información no influye decisivamente, si bien es mayor el porcentaje de los muy informados que nunca ingieren semen (tabla 1.49).

Las dos terceras partes de los encuestados no han observado, ni en ellos ni en sus compañeros, después de realizar el acto sexual, ningún traumatismo en el que se haya producido sangre. Si lo han apreciado, ha sido de manera excepcional (tabla 1.50).

El recurso a la prostitución es bastante común entre los hombres. Sólo la mitad de ellos confiesa no haber pagado nunca por obtener relaciones sexuales con una profesional. Dentro del grupo de los que han utilizado la prostitución, son pocos los que lo han hecho una sólo vez. Hay bastantes que han acudido más de 6 veces. Un 3%, ha mantenido más de 21 relaciones sexuales con prostitutas distintas (tabla 1.51).

En el país vecino, según el informe de Pierre Simon "Rapport sur le comportement sexuel des Français", el 33% de los hombres mayores de 20 años, declaran haber tenido relaciones sexuales con una prostituta. El número de prostitutas con las cuales los interesados declaran haber

tenido relación es de una media de 7,8 por ciento. Este número se eleva con la edad y alcanza a 10,1 entre los mayores de 50 años (29).

Al preguntar a los entrevistados para la encuesta ANYMA, la frecuencia con la que han utilizado la prostitución masculina en los últimos doce meses, las cifras lógicamente bajan de modo considerable (tabla 1.52). Es con este grupo más reducido con el que se hicieron los cruces con los métodos de higiene y con la educación sanitario-sexual en el capítulo anterior, y con el que se muestran, por consiguiente, las deficiencias de este colectivo en los aspectos reseñados.

El grado de información tiene una incidencia considerable en la práctica de la prostitución, a diferencia de lo que ocurría con la ingestión de semen. El 97,4% de los muy informados no son habituales a esta práctica sexual en los últimos doce meses (tabla 1.53). Es difícil saber en qué medida hay en esta cuestión factores directamente causales.

Como puede apreciarse en la tabla 1.54, los que utilizan la prostitución tienden a ser más proclives a ingerir semen que el resto de la población, dato que resulta bastante sorprendente dado el carácter masculino de la prostitución y la mayor incidencia en las mujeres de la ingestión de semen. En este sentido, se produce un efecto multiplicador del riesgo, al juntarse en el mismo grupo de personas, dos prácticas de riesgo para el SIDA.

Cerca de un 5% de la población española ha recibido alguna transfusión de sangre o de hemoderivados en los últimos ocho años (tabla 1.55). Sin embargo, no parecen excesivamente preocupados, solidarios, o informados, puesto que han recurrido a la prostitución en los últimos doce meses, en un porcentaje semejante al del resto de la población (tabla 1.56).

Se vuelve a incidir por tanto, en el mismo aspecto. El hecho de que las prácticas de riesgo sean minoritarias entre la población general y de que cuando las realiza lo haga con una frecuencia moderada, no justifica

la inhibición que se observa con respecto al fenómeno del SIDA. La población española puede estar abriendo las puertas a la extensión del SIDA, mientras sigue creyendo que éste, es un problema que afecta exclusivamente a homosexuales/bisexuales y a toxicómanos.

Lo peor, es que, en líneas generales, como se ha ido observando en el trabajo empírico, los heterosexuales con prácticas de riesgo no están tampoco sensibilizados ante el SIDA como el resto de la población. El hincapié que han puesto los medios de comunicación en los "grupos de riesgo" ha hecho que los españoles no vean el problema en términos de "prácticas de riesgo", sino de "colectivos afectados", es decir, de exclusivamente marginados, con conductas desviadas, definitivamente anómicas.

El SIDA es un asunto de "otros". El conocimiento de las vías de transmisión -que, como se ha visto, es aceptable- sirve a lo sumo, para conocer bajo qué circunstancias el contacto con esas personas maldecidas por el SIDA puede ser potencialmente peligrosas. Pero, en última instancia, el problema es ajeno y debe preocupar fundamentalmente a los que provocan la epidemia, a los infectados, fuera de las leyes sociales y de las normas morales y éticas. Todos aquellos/as que propician el delito de estar enfermos, de ser culpables de la extensión de la mayor pandemia que asola el mundo de hoy.

Sin embargo, como se ha puesto ya de relieve en este capítulo, también la población general no es totalmente ajena a las prácticas de riesgo, ya que en definitiva no se trata de ser o no ser homosexual, toxicómano, prostituta, sino de exponerse a las vías de transmisión del VIH sin las medidas de prevención. Todo indica que, finalmente, el SIDA se localizará de manera dramática en países de gran pobreza y sobre la población general que no observe el cumplimiento de medidas de educación y prevención sanitaria, indicadores hipotéticos demostrados sobre la cuantificación de los datos expuestos en este apartado y el resto del material desarrollado comparativamente.

23. DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD:

OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION ESPAÑOLA

En las hipótesis que se observan en esta parte del estudio, permiten plantearse que, si el desarrollo de la enfermedad del SIDA hubiese tenido un gran impacto entre la población española, se habría producido de forma paralela, una clasificación en un sentido positivo o negativo, de las opiniones y actitudes de los españoles hacia determinadas prácticas de riesgo y hacia las poblaciones más expuestas. Cabría la posibilidad de que se hubiera extremado el rechazo hacia los grupos de homosexuales/bisexuales, toxicómanos/as y prostitutas. Su mayor nivel de contagio aparecería como el resultado de su degeneración o de su enfermedad, en el mejor de los casos; o como la consecuencia de la inevitable cólera divina, en el peor. El contacto con estos grupos se convertiría en tabú, para evitar todo posible riesgo de infección. La distancia entre el "ellos" y el "nosotros" aumentaría.

En la misma exploración hipotética, una gran repercusión entre la población del fenómeno SIDA también podría haber producido el efecto contrario. La información mejoraría y, como consecuencia de ello, se podría proponer la legalización de determinadas conductas (prostitución, venta de determinadas sustancias prohibidas etc..) con el objeto de facilitar el control sanitario. El conocimiento de que la enfermedad del SIDA afecta también a la población heterosexual podría ser una invitación hacia el debate y, por lo tanto, hacia el acercamiento entre las diferentes poblaciones expuestas. El problema del SIDA se abordaría no en términos de castigo divino, sino de medidas objetivas a adoptar en los planos sanitario y social.

Cabría, por tanto, una respuesta en términos de fanatismo, que fortaleciese las barreras entre las distintas poblaciones expuestas; y una respuesta sobre la base de la tolerancia, que facilitase la porosidad de los contactos sociales.

Se podría añadir una relación hipotética más en términos de estigma (el de "sidoso"), a los que ya padecen determinados colectivos, o a la inversa, el SIDA podría ser la ocasión, sobre la base de la necesaria colaboración para el logro de determinados objetivos sanitarios y sociales, para levantar estigmas profundamente arraigados entre la población. Cabría la posibilidad, por último, de que ambas respuestas coexistiesen.

Sin embargo, por lo visto hasta ahora, el SIDA, ha producido a través de los medios de comunicación social un gran revuelo en tanto que "espectáculo", apenas ha tenido un impacto profundo sobre las conductas, hábitos higiénicos y educación sanitaria de los españoles con respecto al sexo. No podía ser de otra forma. Todo sucedió como un movimiento telúrico, que atrapó al ciudadano en un profundo sueño. Despertar que se transforma en pesadilla por la pandemia. El SIDA es algo que sucede a "otros", que difícilmente nos alcanzará a "nosotros". Se trata de una cuestión externa al grupo. De ahí que no haya que tomar precauciones, que no haya que preocuparse excesivamente. Pero de ahí también que no sea preciso extremar las distancias, enfatizar las diferencias.

Las opiniones y actitudes de la población en general se caracterizan, en este sentido, por una cierta tolerancia "blanda". Dependiendo de la forma de la pregunta, las respuestas cambian. Los homosexuales/bisexuales, no son unos enfermos, menos aún unos degenerados, pero, sin embargo, sólo las relaciones sexuales entre hombre y mujer son normales. Hay, en suma, una cierta actitud tolerante poco profunda. Cuando se escarba un poco, aparece el sustrato profundo que mantiene el estigma. Las características sexuales del endogrupo (heterosexualidad) constituyen un componente de las señas de identidad y uno de los elementos básicos de las definiciones sociales de "normalidad".

Pero estas actitudes profundas no se expresan en la intolerancia y el fanatismo políticos. Se rechazan las posturas descalificativas más duras

e incluso se apoyan, en algunos casos, desde el punto de vista legal, medidas despenalizadoras.

Así, por ejemplo, la mitad de los encuestados y cerca de las dos terceras partes de los hombres son partidarios de legalizar la prostitución. La posición más abierta la defienden los entrevistados comprendidos entre 22 y 28 años (tabla 1.57). Paradójicamente, los que han utilizado la prostitución en los últimos doce meses manifiestan una opinión muy semejante (es decir, no más liberal) que la que expresan los restantes españoles de idéntica configuración sociodemográfica (tabla 1.58).

La cuestión en la que los españoles muestran haber sido más sobrecogidos con motivo de la aparición del SIDA es la del aborto. Y el resultado en este punto se ha producido en una dirección claramente liberal. Cerca de la mitad de los españoles son partidarios de que aborte en cualquier caso una mujer portadora del SIDA, al ser el feto un posible portador de la enfermedad. Otra quinta parte acepta también el aborto, siempre que la mujer no exceda de los tres meses de embarazo. Sólo el 15,6% no son partidarios del aborto en ningún caso.

En los españoles/as entre 19 y 38 años, los porcentajes desfavorables a la interrupción del embarazo, de los tres grupos de edad comprendidos entre esas cohortes no sobrepasan el 9%, situación que se repite como factor reivindicativo en prácticamente todas las categorías estudiadas. Asimismo, confirmando o refutando hipótesis, donde la controversia se localizase en dicotomías conservadurismo/sanción; evolución/liberalidad (tabla 1.59).

En contraposición, la opinión menos liberal se expresa en la definición social de normalidad sexual. El 58,9% de los encuestados opina que sólo las relaciones sexuales entre hombre y mujer son normales, si bien este porcentaje desciende notablemente entre los consultados de 19 a 38 años,

tal cual se expresa en la anterior confirmación de la hipótesis descrita (tabla 1.60).

En el mismo sentido, el 45,6% opina que no todas las formas sexuales son normales, punto de vista que no comparten los menores de 38 años (tabla 1.65). En suma, el SIDA no ha contribuido a variar las definiciones sociales de normalidad sexual, pero tampoco ha ayudado a fomentar la intolerancia ante las poblaciones expuestas al VIH y a la enfermedad que termina definiendo al SIDA.

Otro aspecto que resulta de interés en este punto, es comprobar las opiniones y actitudes de los españoles en los aspectos de relación entre el SIDA y las toxicomanías.

En general, los españoles parecen muy impactados por el discurso médico acerca de la imposibilidad de escapar de la droga. Están totalmente convencidos de que es prácticamente inviable tratar de salir sólo (tabla 1.72), pero además valoran escasamente la ayuda que en este sentido pueden prestar los centros municipales, Cáritas o la Administración Pública. Mejor opinión tienen de los hospitales y, sobre todo, de las granjas. El Proyecto Hombre es muy poco conocido (tablas 1.73 a 1.78).

En cuanto a la infección por el virus del SIDA y a los toxicómanos/as, los españoles manifiestan actitudes relativamente abiertas. Por ejemplo, son partidarios de la distribución de jeringas y agujas gratis (tabla 1.79). También apoyan el reparto gratuito de preservativos (tabla 1.80). No ven que haya que llegar al extremo de proponer máquinas automáticas con agujas y jeringas (tabla 1.81), pero apoyan la provisión de éstas últimas y de los preservativos en las cárceles acrecentando la distribución y el anonimato (tablas 1.82 y 1.83). En todos los casos, los grupos de edad más jóvenes manifiestan las actitudes menos conservadoras.

Como era previsible, las actuaciones del modelo medicalizado obtienen un consenso todavía mayor. Los españoles apoyan totalmente los controles sanitarios, los tratamientos médicos permanentes e incluso los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, en todo lo referente a la infección por el virus del SIDA y a los toxicómanos (tablas 1.84 a 1.87). Ello muestra la confianza existente en el abordamiento del personal vinculado a la problemática de las toxicomanías.

Sin embargo, a pesar del liberalismo mostrado hasta aquí, los españoles no son partidarios de la distribución de las drogas. Cerca de la mitad afirma, de forma radical, que ello no debe hacerse en ningún caso, mientras que una importante minoría acepta una distribución limitada sólo bajo control médico para toxicómanos. Residualmente el 6,2% es partidario de la venta libre (tabla 1.88). En suma, siguen siendo partidarios de medidas de tipo coercitivo. Las soluciones del sistema sanitario se aplican cuando hayan fallado las de tipo punitivo-represor.

Por último, sólo queda resaltar que la población general no manifiesta ningún tipo de reparo para ser objeto de análisis médico en relación con el SIDA. Cerca del 70% son partidarios de hacerse la prueba, para conocer un posible contacto con el virus. Esta cifra es aún mayor entre los menores de 28 años (tabla 1.89). Sin duda, la falta de información sanitario-sexual hace que exista poca consciencia de las posibilidades de ser portador. En este sentido, los españoles se están manifestando a favor de pruebas para "otros". Sin embargo, no deja de ser positivo el hecho de que los españoles no respondan con un "¿para qué?", sino que al contrario, se presten sin oponer obstáculos, a hacerse las pruebas pertinentes.

Esta medida generalizada a toda la población es inadmisibles en un sistema nacional de salud gratuito. Resultaría imposible económicamente soportar una carga semejante. Asimismo, podría resultar, y de hecho lo está siendo en otros países, una medida que, amparada en las nuevas tendencias epidemiológicas y políticas, provoque aún mayores índices de

discriminación en portadores y enfermos de SIDA. En otro capítulo de esta tesis, se elabora hipotéticamente y se certifica todo lo relativo a las nuevas tendencias discriminatorias que se establecen en el mundo occidental, fundamentalmente EE.UU, en relación al screening de la población norteamericana, y muy especialmente, a inmigrantes, gestantes, negros e hispanos, y todo quien siendo foráneo presente sospechas de ser portador o enfermo de SIDA.

Por tanto, los patrones señalados en ANYMA deben sustentarse sobre la intención de la población general a no rehuir a la prueba, antes que a su efectivización como norma o regulación epidemiológica.

24. CONTRADICCION O INFLEXION:

CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION ESPAÑOLA

En este punto, la hipótesis de partida, se localiza en el cambio de hábitos sexuales y su repercusión en la población española. En este sentido, todo cambio de hábitos produce en el ser humano una irresistible contradicción, fundamentalmente si es impuesto. Esta situación coercitiva, puede ser externa, o endógena en el individuo. En ambos paradigmas, en una primera fase, contará con el rechazo de la mayoría de los así requeridos. El SIDA ocupa un gran espacio, cultural y simbólico, estructural y dialéctico propiciando cambios ancestrales en la vida del hombre en todas las sociedades, como se ha desarrollado extensamente en esta tesis. Todo lo relativo a la sexualidad, ocupa el centro vital de la persona, sus formas, ritos, condiciones, conductas y tendencias. ¿De qué forma se puede influenciar a un africano para que reconozca un preservativo y llegue a aceptar su utilización sistemática en su actividad sexual poligámica? Si individualmente es difícil incorporar este hábito desconocido, lo fundamental puede estar alejado de su opción personal. Aunque resulte paradójico, la propia obtención del preservativo será tarea imposible en lugares donde no se tiene cubierta mínimamente las necesidades vitales. La necesidad de comer o el hábito de una vivienda elemental, se superponen al cambio de conductas, aunque la muerte por el SIDA, aparezca como algo atroz y de gran tragedia.

Estas situaciones extremas, pero donde se localizan, en la actualidad, millones de infectados y enfermos de SIDA en referencia al continente africano, tiene relación con el mundo occidental. La regulación y los cambios de costumbres y hábitos sexuales frente al SIDA, resulta una tarea lenta y compleja, donde cohabitan innumerables factores indivuales y colectivos. De allí que, el trabajo empírico de ANYMA refleje ciertas particularidades de las poblaciones investigadas; general, toxicómanos UDVP, homosexuales y prostitutas, con la sólo pretensión de obtener ciertos indicadores que alerten sobre posibilidades de cambios

habituales, en relación a medidas profilácticas y de riesgo a contraer el SIDA.

En ningún caso, el tratar de modificar actitudes vivenciales y existenciales. No se propone que el homosexual, toxicómanos o prostituta, pleguen las velas y se "conviertan" en "normales" para la sociedad que les sanciona por desviados o marginados. La intencionalidad en esta parte de la investigación, es solamente la de advertir donde puede estar el error, que acarree la enfermedad y la muerte que asegura el VIH, en su forma mórbida y mortal, cual es el SIDA.

En la consulta ANYMA, el 86,3% de los encuestados manifiesta que el SIDA no ha cambiado su vida sexual. Sólo el 7,5% declara lo contrario. Estas cifras se confirman, sólo con ligeras variaciones, para todos los grupos de edad y tanto para hombres como para mujeres (tabla 1.90). Los resultados, por otra parte, son coherentes con los del resto del estudio. Los españoles no han variado sus hábitos higiénicos ni han mejorado su educación sanitaria en todos los aspectos relacionados con el SIDA y el sexo. No se ha producido, por tanto, en España, un impacto profundo que pudiese afectar a las conductas sexuales. El SIDA es, consecuentemente, algo que muestran los medios de comunicación porque sucede a "otros" (a las poblaciones expuestas). Estremece al público especialmente cuando alcanza a personalidades conocidas del mundo del espectáculo o del entorno intelectual. Pero no incide en las prácticas diarias, en la conducta sexual.

Aceptado el dato básico de que los españoles no han modificado su vida sexual por el SIDA, es interesante conocer, en profundidad, si hay algún aspecto en concreto que haya experimentado alguna variación significativa con motivo de la aparición del SIDA. Para ello, se preguntó genéricamente a los encuestados qué comportamientos sexuales habían cambiado a partir del conocimiento del SIDA. A continuación se propuso un repertorio de comportamientos, cada uno de los cuales

susceptible de las siguientes respuestas: ha cambiado; no ha cambiado; no los he tenido nunca; no sabe, no contesta.

Los resultados figuran en las tablas 1.91 a 1.100. Antes de comentarlos, debe hacerse una precisión. Los encuestados parecen haber confundido en muchos casos la opinión con la práctica. En ocasiones, informantes que no habían realizado nunca una práctica, manifestaron que no habían cambiado porque nunca habían efectuado la misma. En estos casos, deberían haber respondido: "no los he tenido nunca". A la inversa, también hay personas -menos- que dicen "cambiar" porque ha variado su opinión, sin realizar la práctica a la que se refiere la pregunta concreta. Por otra parte, el porcentaje de no respuestas es alto, aunque en ningún caso llegue a la tercera parte de los interrogados.

Estas precisiones sirven para matizar en algunas ocasiones el significado de los resultados y para no inferir de los mismos conclusiones acerca de las prácticas mismas. Pero, por lo demás, las tablas citadas son extraordinariamente reveladoras acerca de las respuestas sociales ante el SIDA. Así, por ejemplo, a través de ellas se puede comprobar que la población general, a partir del conocimiento del SIDA, apenas han variado en todo lo relacionado con "la dificultad de ligar" o a "las relaciones sexuales con varias personas a la vez", con "prostitutas/os", "extranjeros/as" o "heroinómanos/as". Tampoco afecta al contacto anal o a la ingestión de semen. El mayor impacto se produce al "hacer el amor con personas desconocidas" (aspecto en el que dicen haber cambiado el 6,6% de los encuestados), en la "exigencia del preservativo" (que dice movilizar al 7,3%) y al hecho de "tener relaciones sexuales con menos personas" (lo que manifiesta 6,1%).

Un dato muy negativo es el hecho de que los que utilizan la prostitución tampoco parecen muy afectados por el fenómeno SIDA. Su porcentaje de cambio es superior al del resto de la población, pero siempre dentro de niveles bajos. El mayor indicador dentro de este colectivo se refiere al propio uso de la prostitución, que expresan haber abandonado un 23,2%,

cifra ciertamente alta. El 13,1% de los que van con prostitutas afirman que, con motivo del SIDA, exigen el preservativo, el 14,5% asegura que ha dejado de hacer el amor con personas desconocidas y el 10,2% ya no tiene compañeros sexuales extranjeros. Sin embargo, el efecto es mínimo en prácticas de riesgo como la de ingerir semen (tabla 1.101).

En suma, sólo el subconjunto de los que utilizan la prostitución ha cambiado su vida sexual en algún porcentaje significativo. El mayor cambio se refiere a la práctica de la prostitución misma. Sin embargo, la preocupación por el SIDA no se ha generalizado ni siquiera dentro de este colectivo.

A N E X O I V

CUADROS DE VARIABLES

POBLACION GENERAL

Cuadro 1

POBLACION GENERAL			
VARIABLES SOCIO- DEMOGRAFICAS Y FAMILIARES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
SEXO	HOMBRE	549	49,1
	MUJER	568	50,9
		N=1117	100,0
EDAD	14-18 AÑOS	105	9,4
	19-21 AÑOS	107	9,6
	22-28 AÑOS	179	16,0
	29-38 AÑOS	215	19,2
	39-50 AÑOS	212	19,0
	51-65 AÑOS	171	15,3
	+ 65 AÑOS	120	10,7
	NS/NC	8	0,7
		N=1117	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	418	37,5
	CASADO	543	48,6
	VIUDO	75	6,7
	DIVORCIADO/SEPARADO	37	3,3
	VIVE CON PAREJA HETEROS.	30	2,7
	VIVE CON PAREJA HOMOSEX.	4	0,4
	NS/NC	10	0,9
		N=1117	100,0
NUMERO HIJOS	NINGUNO	484	43,3
	UNO	131	11,7
	DOS	197	17,7
	TRES	142	12,7
	CUATRO	80	7,2
	MAS DE CUATRO	58	5,2
	NS/NC	25	2,2
		N=1117	100,0
VIVE CON...	FAMILIA	395	35,4
	AMIGOS	22	1,9
	PAREJA	574	51,4
	SOLO	75	6,8
	VIVO EN LA CALLE	4	0,3
	OTROS	32	2,9
	NS/NC	15	1,3
		N=1117	100,0
TAMANO MUNICIPIO	-10 MIL HABITANTES	250	22,4
	10-50 MIL HABITANTES	111	9,9
	50-100 MIL HABITANTES	107	9,6
	100-250 MIL HABITANTES	193	17,3
	250-500 MIL HABITANTES	60	5,4
	+ 500 MIL HABITANTES	395	35,4
		N=1117	100,0

Cuadro 2

POBLACION GENERAL			
VARIABLES OCUPACIONALES Y SOCIOLABORALES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
OCUPACION	AMA DE CASA	201	18,0
	ESTUDIANTE	191	17,1
	ASALAR. TIEMPO COMPLETO	340	30,5
	ASALAR. TIEMPO PARCIAL	64	5,8
	AUTONOMO	110	9,9
	EMPRESARIO	33	2,9
	PARADO	80	7,2
	JUBILADO	81	7,2
	NS/NC	16	1,4
		N=1117	100,0
PROFESION	AMA DE CASA	207	18,5
	ESTUDIANTE	192	17,2
	OBRERO-EMPLEADO	263	23,6
	TECNICO GRADO MEDIO	87	7,8
	TECNICO GRADO SUPERIOR	65	5,8
	FUNCIONARIO	119	10,7
	AGRICULTOR	15	1,4
	AUTONOMO/EMPRESARIO	123	11,1
	NS/NC	45	4,0
		N=1117	100,0

Cuadro 3

POBLACION GENERAL			
NIVEL DE ESTUDIOS	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
	NO TIENE ESTUDIOS	49	4,4
	ESTUDIOS PRIMARIOS	312	28,0
	EGB/BACHILLER ELEMENTAL	228	20,4
	BUP/BACHILLER SUPERIOR	210	18,8
	ESTUDIOS MEDIOS	124	11,1
	ESTUD. UNIVERSITARIOS	167	14,9
	NS/NC	27	2,4
		N=1117	100,0

Cuadro 4

POBLACION GENERAL		
NIVEL DE CREENCIA Y PRACTICA RELIGIOSA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NO CREE EN DIOS	150	13,5
CREE EN DIOS, PERO NO PRACTICA	222	19,8
CATOLICO PRACTICANTE	294	26,3
CATOLICO NO PRACTICA	367	32,9
CRISTIANO, PERO NO CATOLICO	51	4,6
DE OTRA RELIGION	6	0,6
NS/NC	27	2,4
	N=1.117	100,0

Cuadro 5

POBLACION GENERAL		
POSICION IDEOLOGICA SUBJETIVA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
EXTREMA IZQUIERDA 1	32	2,8
IZQUIERDA 2	58	5,2
IZQUIERDA 3	186	16,6
CENTRO 4	194	17,4
CENTRO 5	196	17,5
CENTRO 6	133	11,9
CENTRO 7	86	7,7
DERECHA 8	37	3,3
DERECHA 9	15	1,3
EXTREMA DERECHA 10	9	0,8
NS/NC	172	15,4
	N=1.117	100,0

Cuadro 6

POBLACION GENERAL					
POSICION IDEOLOGICA SUBJETIVA		ABSOLUTOS	PORCENTAJ E. PONDERADA		
EXTREMA IZQUIERDA	1	32	2,8	38	3,30
IZQUIERDA	2	58	5,2	69	6,14
IZQUIERDA	3	186	16,6	220	19,62
CENTRO	4	194	17,4	230	20,56
CENTRO	5	196	17,5	232	20,68
CENTRO	6	133	11,9	158	14,09
CENTRO	7	86	7,7	102	9,10
DERECHA	8	37	3,3	44	3,90
DERECHA	9	15	1,3	18	1,53
EXTREMA DERECHA	10	9	0,8	11	0,94
	NS/NC	172	15,4	-	-
		N=1.117	100,0	N=1.117	100,0

Cuadro 7

P O B L A C I O N		
G E N E R A L		
PROVINCIA	ABSOLUTOS	PORCENT
VITORIA	1	0,5
ALICANTE	35	3,1
BADAJOS	40	3,6
PALMA DE MALLORCA	5	0,5
BARCELONA	155	13,9
CACERES	13	1,2
CADIZ	18	1,6
CASTELLON DE LA PLANA	35	3,1
CIUDAD REAL	13	1,1
CORDOBA	40	3,5
CORUÑA	33	3,0
CUENCA	15	1,3
GERONA	5	0,5
GUADALAJARA	14	1,3
SAN SEBASTIAN	6	0,5
HUELVA	14	1,3
LEON	25	2,2
LERIDA	44	3,9
LOGROÑO	33	2,9
LUGO	4	0,4
MADRID	218	19,5
MALAGA	24	2,2
MURCIA	10	0,9
PAMPLONA	17	1,5
PONTEVEDRA	1	1,1
OVIEDO	69	6,2
SALAMANCA	13	1,2
SANTA CRUZ DE TENERIFE	13	1,2
SEVILLA	58	5,2
SORIA	8	0,8
TARRAGONA	5	0,5
VALENCIA	34	3,0
BILBAO	79	7,1
ZARAGOZA	20	1,8
	N=1117	100,0
AUTONOMIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
ANDALUCIA	149	13,4
ARAGON	20	1,8
ASTURIAS	69	6,2
BALEARES	5	0,5
CANARIAS	13	1,1
CASTILLA LA MANCHA	40	3,6
CASTILLA Y LEON	48	4,3
CATALUÑA	209	18,7
COMUN. VALENCIANA	96	8,6
EXTREMADURA	53	4,8
GALICIA	46	4,1
MADRID	218	19,5
MURCIA	10	0,9
NAVARRA	24	2,2
PAIS VASCO	84	7,5
RIOJA	33	2,9
	N=1117	100,0

ANALISIS CUANTITATIVO

POBLACION DE HOMOSEXUALES/BISEXUALES

POBLACION EXPUESTA HOMOSEXUAL

25. INTRODUCCION AL TEMA DE LA HOMOSEXUALIDAD

La homosexualidad representa un tema controvertido y de enorme conflictividad al que se han acercado diversos modelos científicos y pseudocientíficos que, legitimados por su propia área de conocimiento, han dado su característica definición e interpretación sobre esta forma o condición sexual.

Sobre los elementos y conceptos vertidos por estas definiciones se han ido creando las creencias populares, los estereotipos, las diferencias entre "nosotros" y lo "externo" que a veces nos defienden y a veces nos estigmatizan sin remedio. Al respecto de la homosexualidad, se hace necesario (antes de adentrarse en teorías científicas que las aprueben o condenen) no olvidar la universalidad de lo homosexual. Para ello, resultan ciertamente de gran interés todos los estudios transculturales sobre esta conducta. Son muchos los autores que han recogido datos antropológicos sobre dónde, quienes, cuando y en qué momentos las conductas homosexuales son rechazadas, aceptadas o incluso estimuladas por cada sociedad. Sólo por citar algunos, se deben recordar los trabajos de Malinowski describiendo la represión de la homosexualidad entre trobriandeses de Nueva Guinea nortoriental (1); Ruth Benedict estudiando este comportamiento entre los pueblos siberianos (2); Margaret Mead entre algunas tribus norteamericanas (3); George Devereux estudiando la institucionalización de la homosexualidad entre los indios mohave del Sudoeste de los Estados Unidos (4). También son conocidas algunas sociedades en donde los varones que no adoptan el rol afeminado o que no mantienen relaciones homosexuales con otros varones son apartados de la comunidad. En otras sociedades se aprobaba que en cada generación debían nacer algunos niños a los cuales se les debía otorgar el rol de sexo contrario (5).

Frank A. Beach y Clellan S. Ford, psicólogo y antropólogo respectivamente han aportado importantes datos sobre el comportamiento sexual humano en más de 190 sociedades actuales y distintas (6). De las 76 sociedades que formaban su muestra para el estudio de la conducta homosexual, comprobaron que 27 de ellos (36%) condenan o prohíben este comportamiento. En las 49 restantes (64%) las prácticas y actividades homosexuales son consideradas normales y aceptables y la mayoría de los individuos presentan actividad homosexual a lo largo de su vida. Incluso entre algunas de estas sociedades, como los Keraki de Nueva Guinea, llegan a considerar "anormales" a los hombres que se abstienen de las relaciones homosexuales antes del matrimonio (7). Los autores de estas investigaciones comparan sus datos con los de la conducta sexual de los mamíferos. De esta comparación sugieren en sus conclusiones que "la tendencia biológica hacia la inversión de la conducta sexual es inherente a la mayoría de los mamíferos (si no a todos), incluyendo a la especie humana". La conclusión de estos investigadores en este punto es el reconocimiento de la capacidad básica de los mamíferos, incluido el hombre para el comportamiento homosexual, esta conducta puede aparecer inhibida o coartada por las presiones sociales para el caso del hombre. En el supuesto de los primates subhumanos parece que, la relación homosexual se ve fuertemente afectada por el ascendiente social relativo de los sujetos involucrados en el intercambio. Algunos autores creen que es, fundamentalmente, el dominio social lo que motiva las relaciones coitales, la naturaleza del sexo tendría una importancia secundaria. En mamíferos inferiores, la capacidad de una potencial pareja para evocar excitación sexual, depende de situaciones de privación, del grado de "necesidad" o de la "fuerza del impulso". (8).

Es también conocido que en los orígenes greco-latinos de nuestra propia civilización, se establecían relaciones homosexuales con diferentes fines y funciones. En la Grecia clásica, la relación sexual entre un varón maduro y un joven se convirtió en la forma de servir a los más altos ideales de la época. En Roma las relaciones sexuales que se establecían entre varones de las clases altas con muchachos jóvenes

estaban considerablemente extendidas y vistas con normalidad (9). Tampoco eran rechazadas por la sociedad helénica. Los espartanos y los tebanos consideraban que las relaciones homosexuales eran beneficiosas para el éxito de los ejércitos. El "batallón sagrado de Tebas" estaba compuesto por parejas de homosexuales que en las batallas tenían una singular y proverbial eficacia (10).

En definitiva, se puede afirmar que la homosexualidad como comportamiento sexual humano y fenómeno social ha estado estrechamente ligado con la historia del ser humano. Los estudios antropológicos ponen de manifiesto la enorme influencia que las presiones socioculturales tienen en la organización y expresión del comportamiento humano.

En el discurso tradicional contra la homosexualidad, se acudía a definirla como un error de la naturaleza o como una falta de moralidad, por parte del que la practicaba. Desde diversos sectores científicos y sociales se han buscado y esgrimido argumentaciones que sirvieran de sostén a sus opiniones y actitudes. Así, desde las teorías psicoanalíticas preocupadas por el conocimiento y desarrollo psicosexual del individuo intentaron aportar la explicación sobre las motivaciones que llevan a la conducta homosexual. Freud mantuvo que el comportamiento sexual se desarrolla a partir de una bisexualidad originaria desde el nacimiento y fue el primero en indicar que la homosexualidad "fue una manifestación frecuentísima, y casi una institución, encargada de importantes funciones, en los pueblos antiguos en el cénit de su civilización" pero que esta condición, era una variación afectiva cuyo origen debe buscarse en algún momento del desarrollo vital del individuo (11). Para Freud, la orientación homosexual representaba una forma compleja de adaptación psicosexual, existiendo tres formas principales de homosexualidad, la latente, la reprimida y la abierta (12). Para el creador del psicoanálisis, la homosexualidad no constituye ningún vicio ni enfermedad, por lo que no tiene sentido hablar de "conversión". En opinión de Freud "la acción de convertir a un homosexual no tiene más garantía de éxito que la contraria" (13). Son numerosos los autores,

que seguidores del maestro del psicoanálisis, continuaron investigando sobre los mecanismos que supondrían el carácter homosexual, así por ejemplo, se centraron los estudios en: las diferentes formas de resolución del complejo de Edipo; del complejo de castración; la intensa y peculiar relación madre-hijo junto con la figura del padre autoritario, despótico o ausente; la clase de relaciones objetales establecidas en los primeros meses de vida; los miedos inconscientes y neuróticos a la heterosexualidad.

Son muchas y variadas las hipótesis barajadas desde el punto de vista psicoanalítico para la explicación y comprensión de la conducta homosexual. A las más ortodoxas se unieron formulaciones elaboradas por disidentes del modelo freudiano y por defensores del reconocimiento de las influencias sociales en la orientación de la conducta sexual. En este sentido, hay que recordar a W. Reich que de alguna forma revolucionó los conceptos que se manejaban en su tiempo, al incorporar en ellos las teorías antropológicas y marxistas. La opinión de Reich sobre la homosexualidad se centra en su creencia de que ésta se trataba de una manifestación neurótica, una desviación sexual debido a causas sociales, es decir, debida al control y represión social ejercido sobre la heterosexualidad.

Más próximos en el tiempo, están los intentos de conciliar, de manera coherente, las formulaciones psicoanalíticas con los hallazgos y desarrollos de la etiología (14), reconociendo por tanto, al concepto de "imprinting" su capacidad moduladora de adquisición y mantenimiento de conductas.

26. GRADO DE ACEPTACION DE LA HOMOSEXUALIDAD POR PARTE DE LA SOCIEDAD

En algunos estudios de opinión realizados periódicamente entre la población general española, con objeto de conocer la aceptación o no de las conductas homosexuales, se puede observar cierta evolución de tolerancia ante este comportamiento.

A mediados de julio de 1968, por tanto hace ya casi un cuarto de siglo, el C.I.S. realizó una encuesta a 1.931 jóvenes de quince a veintinueve años, que fueron consultados sobre conformidad o disconformidad ante una afirmación tan extrema como "todos los homosexuales se diferencian bien poco de los criminales y deberían ser tratados como ellos". Se obtuvo el resultado de que un 37% optaron por categorías que indicaban su grado de acuerdo con esta afirmación (15).

Hace poco más de una década, en 1980, el C.I.S. elaboró un trabajo de campo sobre valores ciudadanos. A los encuestados (3.193 entrevistas) se les pidió la opinión sobre la aceptación o no, de "realizar el acto sexual completo entre dos hombres". El 71% contestó que no lo consideraba aceptable. En el mismo ítem, se realizó una alternativa "suavizando" el contenido de la pregunta, "es aceptable para un hombre, en cualquier circunstancia, tener contactos sin llegar al acto sexual". Las respuestas indicaron una tolerancia ligeramente superior, el porcentaje de los que seguían desaprobándolo era bastante alto, un 64% de los encuestados (16).

Otra encuesta de opinión, esta vez de ámbito mucho más reducido -Madrid capital- y realizada en el mes de septiembre de 1984, arrojaba los siguientes resultados ante la opinión sobre "tener relaciones homosexuales". Del total de 800 entrevistados, un 19,1% consideraba estas relaciones normales, mientras que un 26% opinó que se trataba de un delito que debía castigarse. Por el contrario, un 47,7% comprendía que no se trataba de un delito aunque no estuviese bien visto por la sociedad (17).

Esta última matización, la diferencia entre la "naturaleza del comportamiento y la opinión pública que se tiene sobre ella", se expuso con mayor claridad en una encuesta de ámbito nacional realizada al final del mismo año 1984, sobre las expectativas de los españoles para los años venideros. Más de la mitad de los consultados proyectaron para dentro de los cinco o seis años siguientes un mayor grado de tolerancia hacia la homosexualidad. Casi uno de cada cuatro, sentenció que la inclinación hacia la mayor tolerancia no iba a tener ninguna variación en el mismo período, y sólo un 10% pronosticó que en el futuro próximo se iban a soportar aún menos las conductas homosexuales (18).

Más recientemente, en 1987, se volvió a consultar a los españoles sobre diferentes comportamientos, entre ellos la homosexualidad. En una amplia muestra, 6.489 entrevistas, la mitad de los encuestados calificaron a este comportamiento como condenable, y sólo un 16% manifestaron considerarlo aceptable, más de la cuarta parte se declararon indiferentes ante este supuesto (19).

Un mes más tarde, otro sondeo también realizado por el C.I.S. sobre "Relaciones interpersonales, actitudes y valores, volvía a incluir un ítem interesándose por la cuestión homosexual. Esta vez la pregunta intentaba implicar más directamente al encuestado: "¿sería para Vd. un problema grave que un hijo suyo varón tuviera relaciones homosexuales?" Sin duda, la formulación de esta pregunta induce, de alguna forma, a la ambigüedad. Ya no sólo estaría influida por la imagen social de la homosexualidad imperante en el entorno, sino además, por la posibilidad de tener que asumir en la condición de padres ciertas acusaciones y culpabilizaciones difundidas por los autoconsiderados expertos (psiquiatras, psicólogos, médicos). Los resultados corroboran, en cierta medida, los resultados de la encuesta anterior, el 74% afirman que el supuesto planteado les supondría un grave problema, este alto porcentaje posiblemente se haya visto engrosado por las respuestas de los que antes se declararon indiferentes ante el planteamiento de este comportamiento

sexual. Un 17% contestaron negativamente a la suposición de que esta conducta en su hijo equivaldría a un problema grave (20)

La imagen social de la homosexualidad, en estudios e investigaciones realizadas exclusivamente para el conocimiento de esta única cuestión, arroja resultados ligeramente diferentes en favor de una mayor tolerancia y comprensión hacia las conductas homosexuales. En el país vecino, en 1978, el I.F.O.P., el Instituto Francés de la Opinión, realizó una encuesta sobre 1.018 franceses y la homosexualidad (21). En este estudio apareció que más de la mitad de los franceses tenía la opinión de que podía existir en una persona la atracción por los dos sexos; mientras que el 26% consideraban que la atracción sexual sólo podía darse hacia uno u otro, no había opción hacia la bisexualidad. La homosexualidad era vista como una enfermedad en un 38% de los casos; sólo el 17% aceptarían a su hijo homosexual con esta condición.

García Martín y López Fernández reflexionan con estos resultados sobre las diferencias o similitudes, entre la opinión francesa y la española, acerca de la homosexualidad (22). Resumiendo brevemente sus conclusiones, podríamos decir que estiman que la sociedad española parece tener menos prejuicios, en cuanto que se da un mayor porcentaje de respuestas que consideran la homosexualidad como un gesto moral elegido libremente, pero es la remisión a este código moral lo que la diferencia de la opinión francesa, ya que esta hace referencia a códigos científicos.

En nuestro país, se tiene conocimiento de una investigación realizada por José A. Rico Prieto y dirigida por el profesor Angel Condin de la Escuela de Educadores Especiales en Marginación Social. La encuesta, sobre "Actitudes y opiniones de los universitarios compostelanos de las facultades de Biología, Medicina, Psicología y Derecho, ante el tema de la homosexualidad" fue pasada a 420 entrevistados durante los días del 13 al 19 de marzo de 1984. En el citado estudio llevado a cabo en 1984, se obtuvo que para el 21% de los encuestados, la homosexualidad era como

una enfermedad, mientras que para el 76%, resultaba una opción como otra cualquiera (23).

En el informe realizado por el autor de esta tesis, durante 1986 sobre la "Opinión de los alumnos de la Escuela Nacional de Sanidad ante la problemática del SIDA y los grupos expuestos" se reflejaba la opinión de los estudiantes formados en Salud Pública sobre la homosexualidad (24). Un 70% de los encuestados se manifestaban a favor de entender la homosexualidad como un comportamiento sexual como cualquier otro, o una elección libre. Mientras que un 23%, creían que se trataba de un comportamiento antinatural, una enfermedad o un vicio. Por otra parte, mayoritariamente, afirmaban que en el caso de tener un hijo homosexual le aceptarían tal como fuera.

En otro trabajo empírico realizado en 1985 por Malo de Molina y otros, sobre tendencias homosexuales entre universitarios andaluces, se encontró que para el 21,8% y el 38,5% respectivamente de los hombres y de las mujeres, la homosexualidad era una conducta aceptable; el 14,9% y el 9,6% respectivamente de los hombres y de las mujeres encuestados, rechazaron abiertamente esta conducta sexual. El resto de las respuestas se encuadran dentro de las categorías que indican el desinterés y poca preocupación por el tema. También se preguntó a esta muestra de universitarios sobre sus propias relaciones homosexuales, en este sentido, se obtuvo que el 24,3% de los hombres y el 15,8% de las mujeres habían tenido alguna relación homosexual en la preadolescencia y adolescencia, y con personas de su misma edad o un poco mayores que ellas (25).

Otra encuesta a la que se quiere hacer referencia, es la llevada a cabo en el último mes del año 1980 por el equipo del C.I.S. (26). Aunque temporalmente es más lejana a nuestros días, el valor estriba en que son únicamente psiquiatras los encuestados.

Es bien conocido que tradicionalmente la homosexualidad ha sido considerada como desorden mental. Los homosexuales han reclamado repetidamente a los psiquiatras y psicólogos, el haber ejercido un papel legitimador de la discriminación que, contra ellos, les ha hecho sentir la sociedad. En la actualidad está prácticamente aceptado, por todos, que la homosexualidad como entidad clínica, no existe y, sin embargo, durante años, el hecho de mostrarse con tendencias homosexuales era objeto de evaluación y diagnóstico a través de pruebas clínicas que tenían como finalidad la curación del enfermo. Es por esto, que resulta una buena referencia conocer la opinión sobre el tema del específico grupo de profesionales que pueden influir, directa o indirectamente, en la imagen social que se confiera a la homosexualidad (*1) .

De las respuestas obtenidas en el sondeo de Diciembre de 1980, se puede considerar que mayoritariamente los psiquiatras españoles, apostaban por entender la homosexualidad como una opción libre (63,5%); simplemente distinta de la mayoría (60,8%) y a la que en ningún sentido debe perseguirse (72,4%). Sin embargo, hay porcentajes que sin ser mayoritarios, no son de ninguna manera despreciables, así es significativo que un 33,7%, vea el comportamiento homosexual como antinatural y con parecido porcentaje, 31,6%, se expresen considerando al homosexual como un individuo inmaduro, o ese casi 20% de los que no están de acuerdo en que no haya ningún motivo para perseguir a la homosexualidad.

(*1) Luis Rojas Marcos, psiquiatra y director del sistema hospitalario municipal de salud mental de Nueva York recordaba recientemente en un artículo de Opinión en el diario "EL PAIS" (4-7-91) que fue en 1974 cuando "ante el asombro del mundo de la medicina, la fuerza política de los grupos defensores de la causa homosexual logró que la Asociación Americana de Psiquiatría sometiera a un referendum democrático sin precedentes la validez diagnóstica de la homosexualidad". Celebrado el plebiscito, resultó que entre más de 10.000 psiquiatras, el 58% votó a favor de eliminar la homosexualidad de la clasificación oficial de enfermedades mentales. Es cierto que se puede considerar un logro la formalización del referendum entre este colectivo, lo que no parece muy halagüeño es que el 42% no se decidiesen a eliminar la homosexualidad como categoría de enfermedad mental.

La valoración de esta casuística no puede hacerse, obviamente, sin tener en cuenta que la consulta tiene más de diez años de antigüedad, consideramos que los datos deben, con seguridad, haber sufrido variaciones. El sólo hecho de que la homosexualidad ya no se halle incluida dentro del DSM-III-R (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y si apareciese en otras ediciones anteriores y en las secciones de los trastornos mentales de la ICD-9 (Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, O.M.S.. Ginebra 1978) parece un dato significativo respecto a la nueva perspectiva que tienen los trabajadores en salud mental con relación a la conducta homosexual.

En líneas generales, los resultados del trabajo tan comentado de García Martín y López Fernández, arrojaban que el 20% de los españoles condenan la homosexualidad, mientras que la mitad de la población, la tolera, y un 27% considera que es un comportamiento sexual normal, elegido libremente. Con respecto a la condición bisexual, un 41% de los entrevistados la admitían. Por último, el 67% de los españoles está de acuerdo con que la homosexualidad forma parte de los derechos fundamentales de la persona.

En la investigación empírica realizada a finales de 1988, con la encuesta ANYMA se comprobó que las opiniones y las actitudes de la persona interrogada hacia la condición homosexual variaban, dando índices, de mayor a menor tolerancia, dependiendo de la formulación de la pregunta. Así, los homosexuales/bisexuales no son enfermos para el 58,4% de la población. Existen aún menos partidarios de la consideración de la homosexualidad como degenerados, 15,2%; un 25,7% opinan que hay que tratar de curarlos y por último un bajísimo porcentaje de respuestas, 6,5%, hace referencia a que es la justicia divina quien deberá solucionar este comportamiento. Por lo que se estima que la secularización de la sociedad española también se refleja en esta opinión.

Sin embargo, son la mayoría, el 58,9%, los que opinan que sólo las relaciones sexuales entre hombre y mujer son normales. Las características

sexuales del endogrupo (heterosexuales) constituyen un componente de las señas de identidad, y uno de los elementos básicos de las definiciones sociales de "normalidad". La actitud tolerante hacia otras opciones puede resultar menos profunda de lo que parece.

En realidad, se sostiene la hipótesis que con lo expuesto hasta aquí con respecto a la opinión sobre la homosexualidad, se ha llegado a dar configuración a la secuencia histórica formada por las caracterizaciones de "delito-vicio y enfermedad" en que se ha ido basando la imagen social de la homosexualidad. Alberto García Valdés refiere estar convencido de que la homofobia es una actitud habitual en España, aunque en esto, España no es diferente y ocurre lo mismo en otros lugares del área occidental. En un pequeño sondeo realizado por el autor con 200 soldados en prestación del servicio militar, obtuvo que alrededor del 40%, opinaba que se debería castigar y aumentar la dureza de las leyes para atajar la homosexualidad. Casi la mitad se inclinaba por intentar curarlos, ya que se trataba sin duda de enfermos, y los demás, un 15%, creían que los homosexuales no constituían ningún problema y por tanto, había que "dejarlos en paz y preocuparse de otras cosas más importantes" (27).

Estos resultados, han sido comparados por García Valdés con otras investigaciones llevadas a cabo entre la sociedad norteamericana, realizados por autores como Westwood y Hooker, Carrier, Weinberg, Smith, Millaham, Haynes, etc. donde se pone de manifiesto que la "homosexualidad forma parte de la actitud norteamericana convencional" y donde el homosexual es visto como amenaza para los valores sociales. El propio Weinberg reflexiona en este sentido y llega a expresar "quien quiera que no adopte el sistema de valores de una sociedad corre el riesgo de que se le atribuya la intención de minarla" (28).

27. GRADO DE SATISFACCION VITAL Y VIVENCIAS DE MARGINACION SOCIAL

Como se señalaba en la introducción, el cuestionario presentado a la población general, fue sometido también a la población de homosexuales/bisexuales. La muestra correspondiente fue obtenida recurriendo a bares, saunas, locales gay y sitios de alterne y concurrencia de homosexuales. Circunstancia que obliga a tener en cuenta que lo fundamental es que los resultados obtenidos no permiten realizar inferencias acerca de los conocimientos, opiniones y prácticas de conjunto de españoles que sienten atracción o que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo o con ambos sexos. A lo sumo, permiten acercarse, con las correspondientes precauciones, a los conocimientos, opiniones, prácticas de los grupos sociales que se autocalifican homo/bisexual de forma abierta, haciendo de sus características sexológicas, su identidad y tipología pragmática.

Es necesario aclarar no obstante, que desde la propia investigación, se considera netamente diferenciador, el homosexual del bisexual, tal como ha quedado implícito a lo largo del trabajo realizado. Sin embargo, y pese a la disparidad señalada, la protocolización de homosexual/bisexual, ocupa en términos de población expuesta al SIDA, la misma estructura. Por tanto, en el registro nacional de casos epidemiológicos, como el registro del CDC, desarrollado en esta tesis en capítulos anteriores, incluye como un grupo en sí mismo, a la tendencia sexual indicada.

En el cuadro correspondiente a las fuentes de complacencia vital, se puede ver que en todos los aspectos propuestos, excepto en el de sueldo, los homosexuales se manifiestan mayoritariamente satisfechos. Inmediatamente por detrás del aspecto de la salud, los homosexuales ven en la sexualidad la siguiente fuente de satisfacción en sus vidas. Por el contrario, al igual que ocurría en la población general, el campo de la remuneración laboral arroja las cifras más altas de descontento e insatisfacción vital.

Cuadro 1

Grado de satisfacción en aspectos vitales

ASPECTO	MUY Y BASTANTE	INDIFERENTE, INSATISF.		Total
	SATISFECHO	Y MUY INSATISFECHO	NS/NC	
Relaciones sociales	81,1	17,0	2,0	100
Tiempo libre	63,2	34,3	2,5	100
Relaciones familiares	61,2	36,8	2,0	100
Trabajo	52,7	43,3	4,0	100
Sexualidad	68,7	31,3	3,3	100
Sueldo	33,3	61,6	5,0	100
Salud	72,6	25,9	1,5	100
Vivienda	55,7	43,7	0,5	100

N= (201)

Los encuestados reconocieron mayoritariamente, sentirse marginados socialmente respecto a sus características sexuales. Sin embargo, un porcentaje importante, el 42,3%, dijo no haber sufrido ningún tipo de desequilibrio o estigma social. La interpretación de estas proporciones no puede obviar el sesgo, que estamos seguros, conlleva hacer esta pregunta dentro del mismo "ghetto" que representa para la mayoría de los asiduos la zona de libertad. El cuestionario ha incluido preguntas de control o filtros de regulación asociativa que permiten, pese al sesgo indicado, ratificarse en el error anunciado para las características muestrales, es decir +/- 7% con un nivel de confianza del 95.5%

A niveles personales, y sobre todo, asociativos, se ha venido reivindicando en los últimos años, los derechos de los homosexuales. Se reconoce, por parte de las asociaciones gay, que existe una fuerte marginación contra ellos por parte de la sociedad, la solución a esto no sería una tolerancia encubierta hacia su existencia, esto lleva consigo "no a erradicar la marginalidad, sino a protegerla. Desde los sistemas sociales del Estado, leyes anti-discriminatorias, asistencia social y psicológica, tienden evidentemente a mejorar la calidad de vida de los marginados, pero al mismo tiempo la perpetúa, promoviendo su continuidad

dentro de un esquema determinado, ubicándola legalmente en una zona o territorio, cristalizándola" (29).

Mario Mieli, defensor a ultranza del derecho al homoerotismo, piensa que la marginación y el rechazo se sufrirá hasta que no se consiga la liberación del deseo homosexual en todo ser humano. No se trata de luchar para conquistar la tolerancia social para los gay, sino de conseguir que se reconozca el propio deseo homoerótico de cada ser humano. La llamada de Mieli hacia la lucha homosexual revolucionaria se concreta en la siguiente frase condensadora de todo un concepto de lucha: "Nosotros homosexuales revolucionarios, seducimos actualmente a los demás a imitarnos, a venir con nosotros, a fin de que todos juntos alcancemos la subversión de la Norma que reprime al (homo) erotismo" (30).

Jean Nicolás, se centra más en el papel del homosexual dentro de la sociedad burguesa, y opina que es este proceso de normalización sexual burgués el que impone una norma heterosexual, orientada a la procreación dentro del marco de la familia monogámica y patriarcal. En la reflexión teórica sobre la cuestión gay, llevada a cabo en el seno de la izquierda francesa, el autor concluye que la opresión gay tiene raíces ideológicas, al igual que la marginación de las mujeres o la opresión obrera a través del capitalismo. La ausencia de debate sobre la cuestión gay, hace que las posiciones más avanzadas se limiten a una defensa democrática contra la represión, sin abordar un análisis de la naturaleza de ésta, y que en la práctica estas actitudes de "tolerancia liberal" lo que hacen, es participar de una manera solapada con la opresión (31).

28. LA APARICION DEL SIDA COMO PARADOJA EN EL MOVIMIENTO
REIVINDICATIVO:
COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

Globalmente, el comportamiento sexual de la población homosexual/bisexual, puede considerarse muy avanzado y presenta un contraste claro con el del resto de los españoles. Sus prácticas sexuales además de caricias y a contactos corporales, incluyen el coito anal y, a veces, la eyaculación oral. Ello unido a su alto número de diferentes parejas sexuales, hace de los homosexuales /bisexuales, una población muy expuesta a los factores de riesgo del SIDA.

El dato más espectacular es el que hace referencia al número de personas distintas con que los homosexuales/bisexuales recuerdan haber tenido relaciones sexuales completas. Sólo el 7,5%, dicen haberlas tenido con menos de cinco. El 13,9 declaran un número entre 6 y 20 y un porcentaje prácticamente idéntico (13,4%) entre 21 y 50. Pero más del 51% recuerdan más de 51 personas diferentes (tabla 2.1). En la investigación de Kinsey, realizada hace varias décadas, igualmente se descubrió que los homosexuales americanos habían tenido gran número de compañeros, hasta cientos o miles en algunos casos.

Naturalmente, si la pregunta hace referencia a las relaciones sexuales completas mantenidas en los últimos doce meses, las cifras bajan considerablemente, pero manteniéndose siempre dentro de niveles altos, dado el período considerado. El 18% han mantenido relaciones sexuales con la misma persona en los últimos doce meses. Otro 25% dice haberlas mantenido con un número de personas diferentes comprendido entre 2 y 5. Pero más del 50% hacen referencia a cifras superiores (tabla 2.2)

Como se recordará, la encuesta a población general permitió conocer las tendencias homosexuales y bisexuales del 1,4% y de 3,1 % de los consultados. Con este subgrupo se podían obtener también las respuestas de la población con tendencias homo-bisexuales. Naturalmente, esta

población resultaba pequeña (16 homosexuales y 35 bisexuales), por lo que los márgenes de error son considerables. Su significatividad, desde el punto de vista del objeto, de estudio resulta también menor, dado que cabría pensar a priori, que estos homosexuales-bisexuales encontrados en la población general, puedan considerarse ligeramente menos atrevidos, y las opiniones y actitudes sean como nota global, algo menos audaces.

En general, y con el objetivo de aligerar la presentación de los resultados, se comentará de forma, casi exclusiva, los datos obtenidos del estudio específico realizado a la población homosexual-bisexual (201 entrevistados) si bien, en algún caso, sobre todo cuando se presentan diferencias claras y significativas, se hará mención a los resultados alcanzados con el pequeño grupo de tendencias homosexuales/bisexuales encontrado en la población general (el 4,5% sobre una muestra de 1.117 entrevistas).

Es el primer punto donde más diferencias se observan entre los homosexuales/bisexuales del estudio específico y los encontrados en la población general. Estos últimos han cambiado menos de parejas sexuales a lo largo de su vida, como puede verse en la tabla 2.3. Sin embargo, cuando tienen relaciones sexuales con varias personas, lo hacen con un grado de diversificación semejante. Las diferencias de comportamiento, sin embargo, no pueden considerarse en absoluto como extremas.

Como norma general, los homosexuales/bisexuales no tienen ningún tipo de dificultad para realizar el acto sexual (50,2%). Cuando éstas se presentan, suelen ser de tipo psicológico (timidez, no saber ligar) pero no fisiológico (no poder correrse, enfermedad). No hay, por tanto, obstáculos a su sexualidad que requieran especial atención médico-sanitaria. Sus respuestas en este punto son semejantes a las del resto de los españoles (tablas 2.4).

Sin embargo, las prácticas sexuales de los homosexuales/bisexuales son muy diferentes, de las de la población heterosexual. Practican con

moderación la eyaculación oral, siendo, en general, más cautos al recibirla que al realizarla (tablas 2.5. y 2.6) ; y apenas realizan, lógicamente, el coito vaginal (si bien, hay una cuarta parte de los bisexuales que efectúan esta práctica a veces o a menudo) (tabla 2.8).

Como han indicado otros autores, la actividad más habitual es la masturbación, seguida de la estimulación oral-genital y como tercera actividad sexual preferida, se encuentra la realización de la penetración anal. Autores como Hunt, encontraron en su estudio que la masturbación es la actividad sexual más practicada por los homosexuales, por otra parte, dos tercios de los varones habían recurrido a la fellatio alguna vez a lo largo de un año, lo que hizo apreciar a Hunt que esta práctica era más regular que la penetración anal, que sólo la mitad de los sujetos la realizaban, en el mismo período de tiempo (32).

Esto tiene especial especificidad en relación al SIDA. La única vía de transmisión es la del contacto del semen con el recto, o en su defecto con la ingestión de los espermatozoides. Tratándose como es natural, de homosexuales que no adquieren otros compromisos de riesgo de infección. En este sentido, la masturbación, que ocupa el sitio central en la intimidad homosexual, debe descartarse como práctica que conlleva infección.

En contra de lo que suele creerse, los homosexuales/ bisexuales no tienen repartidos rigidamente, sus papeles en el coito. Son insignificantes los porcentajes de los que manifiestan que siempre realizan o que siempre reciben la penetración anal. Algo superiores en número, son los que dicen que nunca efectúan una u otra práctica. Pero la inmensa mayoría de los homosexuales/bisexuales, realizan o reciben el coito anal a menudo, a veces o alguna vez, dentro de niveles muy semejantes para las diferentes categorías (tablas 2.8 y 2.9).

También está muy generalizada la práctica de la estimulación bucal de los genitales, que suele ser recíproca también con mucha frecuencia

(tabla 2.10 y 2.11). Este cruce de variables permite acercarse a los límites más exactos sobre estimulación, eyaculación e ingesta del semen en término de riesgo al VIH.

Kinsey y col. calcularon que aproximadamente el 30% de los varones adultos de los Estados Unidos, habían alcanzado alguna vez el orgasmo sexual como resultado de la estimulación oral del pene por otra persona de su mismo sexo (33).

Menos extendido está el mantenimiento de relaciones sexuales con varias personas a la vez, aunque esto lo hacen ocasionalmente, más de la mitad de los homosexuales/bisexuales consultados (tabla 2.12). Casi todos ellos recurren con alguna frecuencia a la masturbación cuando tienen relaciones sexuales (tabla 2.13).

A pesar del gran número de parejas sexuales diferentes que afirman haber tenido, los homosexuales/bisexuales presentan una fuerte tendencia al mantenimiento de una pareja estable. Cerca del 40% de los consultados, la tienen en el momento de contestar el cuestionario, mientras otro 40%, declara haberla tenido. El 20% restante, parecen mantenerse voluntariamente al margen de la vida de pareja, con independencia de las "oportunidades" que puedan surgir. Ello podría explicar el mantenimiento de este porcentaje de solitarios en todos los grupos de edad (tabla 2.14).

Hay que pensar, que sin duda las posibilidades de cambio de pareja, son mayores para los homosexuales, donde en este sentido apenas existe control social del propio grupo. Las ataduras características de las relaciones heterosexuales (familia, hijos, etc.) no se dan entre parejas del mismo sexo, por lo que los vínculos son de más difícil prolongación y el cambio de pareja es sin duda menos problemático. En realidad, no está mal visto, es una situación frecuente. En coherencia con ello, los homosexuales/bisexuales valoran poco la fidelidad sexual a la pareja, con la excepción de los muy jóvenes (tabla 2.15). Sin embargo, como se

verá en el estudio cualitativo, en estas situaciones la frustración y la pérdida de la pareja produce igual convulsión psicoemocional que si se tratase de una relación heterosexual.

En el informe Kinsey "Homosexualidades" se señala con acierto, que las diferencias que se marcan entre homosexuales, igual que entre heterosexuales, van más allá de las características demográficas. Las observaciones tipológicas en el estudio de Kinsey, permitieron descubrir conexiones importantes entre conductas y sentimientos sexuales y su adaptación psicológica y social (34). A pesar de los años transcurridos y de los cambios producidos, dicha investigación refuerza la hipótesis de esta tesis, y viene a poner de manifiesto, que las esferas sexual, social y psicológica de la vida humana, están inevitablemente interrelacionadas entre sí.

En suma, los homosexuales/bisexuales muestran una sexualidad muy diferente de la de el resto de los españoles, que incluye la realización de prácticas más audaces (índices superiores, aunque moderados, de eyaculación oral, por ejemplo). El coito anal ocupa un lugar importante, sin una división rígida de papeles entre realizadores y receptores de la penetración rectal. El sexo "blando", masturbación, caricias, besos, sin coito, representa la relación sexual que parece ganar adeptos entre las poblaciones de homosexuales/bisexuales de otros países con motivo del SIDA, en cierta medida se está introduciendo también en España, con el retraso acostumbrado en la incorporación de pautas que se desarrollan en fundamentalmente en EE.UU. y que se implantan en nuestro país años más tarde.

La homosexualidad/bisexualidad, por último, no parece fuente de insatisfacción sexual. La gran mayoría de los consultados, declara estar muy satisfecho o bastante satisfecho con su sexualidad. Ello muestra que esta población reivindica su forma de entender el sexo como forma de felicidad y que no toma en consideración cualquier tipo de presión que

pudiese existir, en su entorno familiar o social, hacia la "normalidad sexual" (tabla 2.16).

29. SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIO-SEXUAL E HIGIENE DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

La higiene y la educación sanitaria que muestra, en el plano sexual, la población homosexual/bisexual puede considerarse como moderadamente aceptable. Su nivel es bastante superior al que correspondía a los heterosexuales. Sin embargo aún quedan caminos que recorrer, sobre todo teniendo en cuenta, los riesgos a los que se expone esta población.

Así, por ejemplo, en la tabla 2.17 se observa que aún una cuarta parte de los homosexuales/bisexuales consultados, no utilizan ningún método de higiene para realizar el acto sexual. La utilización del preservativo en todos los casos, es aceptada sólo por el 21,8% del colectivo, si bien, hay otro 23,4% que lo usa para el coito anal y otro 18,4%, que recurre a él cuando tiene relaciones con desconocidos.

Por tanto, hay una clara sensibilización hacia la problemática de los métodos de higiene, seguramente provocada por la difusión de informaciones acerca del SIDA. Así, el preservativo es catalogado en varias dimensiones, lo aceptan una cuarta parte de los homosexuales, que correspondería en proporciones con los que practican el coito anal (receptivo y/o insertivo). De ahí que un 24% lo utilice durante esta conducta. Se indicó con anterioridad, la gran proporción de homosexuales que sólo se masturban o acarician, estos datos, en ningún caso tratan de confirmar la regla. Son indicativos de que la población homosexual, siendo considerada de riesgo, tiene matizaciones necesarias de conocer. Sin embargo, no existe aún el nivel de consciencia suficiente como para hacer extensiva la práctica higiénica a todas las relaciones sexuales. El homosexual/bisexual se comporta de una forma selectiva o relacional. Dependiendo del contexto, o de las posibilidades, o del nivel de riesgo, actúa o no, de una forma higiénica. Ante el coito anal y ante el contacto sexual con desconocidos, se mueve de una forma más precavida. En el resto de las situaciones, su conducta higiénica se hace más laxa.

Cerca de la mitad de los homosexuales/bisexuales, no pasa ninguna revisión médica relacionada con el sexo (tabla 2.18). El dato tiene dos lecturas. En sí mismo puede mostrar un cierto relajó o indiferencia. Comparado con las cifras correspondientes a los heterosexuales, muestra un alto nivel higiénico. En realidad, el importante colectivo de homosexuales/bisexuales que pasa revisiones médicas relacionadas con el sexo cada seis meses o cada año, pone de relieve la existencia, dentro de esta población, de una inquietud higiénica, hipotéticamente motivada por el SIDA, que contrasta profundamente con la indiferencia del resto de los españoles (y especialmente, con la del resto de la población masculina). Sin embargo, esta inquietud no ha llegado aún a la mitad de la población homosexual/bisexual. De nuevo se comprueba aquí, el buen nivel diferencial de este colectivo, así como el camino que falta aún por recorrer.

El método anticonceptivo más utilizado por los bisexuales es el preservativo (tabla 2.19). Ya se vió que el preservativo ocupaba un lugar importante entre homosexuales y bisexuales como método de higiene. Indagando más, se observan ciertas resistencias y desconfianzas.

Los homosexuales/bisexuales no suelen usar normalmente la misma marca de condón, lo cual puede ser un indicador de una cierta indiferencia hacia el producto (tabla 2.20). Sin embargo, aseguran que prefieren la calidad, al precio (tabla 2.21). En general los homosexuales/bisexuales resaltan los inconvenientes de los anticonceptivos. Los que piensan que restan sensibilidad, doblan a los que opinan lo contrario (tabla 2.22). También predominan los que creen que restan placer (tabla 2.23). En general, se consideran seguros (tabla 2.24), si bien, una tercera parte manifiesta que se le ha roto en alguna oportunidad cuando lo ha usado (tabla 2.25).

Esto vuelve a llevar al punto que se había mencionado antes. Los profilácticos son reconocidos como el método higiénico más aconsejable, pero presentan claros inconvenientes desde el punto de vista del placer

sexual y algunos -pocos- problemas de seguridad. Todo esto, unido a un nivel de sensibilización moderado ante la problemática del SIDA, lleva a los homosexuales/bisexuales, a un uso selectivo del preservativo, que depende primordialmente del contexto y del riesgo contraído.

Una confirmación más de esto, la ofrece la tabla 2.26. En ella quedan reflejadas las ocasiones que utilizan el preservativo de cada diez que realizan el acto sexual. El 18,4% asegura utilizarlo siempre. Si se excluye la tercera parte de los encuestados, que no lo usan nunca, el resto se reparte entre las diferentes posibilidades ofrecidas del 1 al 9, con cierto predominio de los números bajos. Sin embargo, ponderando las frecuencias absolutas con los respondientes de NS/NC, alcanza la cifra aproximada el 25% de la muestra.

En un estudio coordinado por Pilar Estébanez sobre "Hábitos de riesgo/-contagio SIDA" realizado en las poblaciones homosexual y toxicómana, asistidas en el Centro de Promoción de la Salud de distrito Centro de Madrid durante los años 1986 y 1987, se intentó recoger la evolución del uso del preservativo, en el transcurso de esos años de seguimiento, en ese centro de atención primaria. En la población homosexual estudiada (488 personas) resultó, que la mayoría de los que practicaban la penetración anal activa, no usaban el preservativo, sólo lo hacían un 17%. Por temporalidad, se incrementó el uso de preservativo a lo largo de 1987, pasando de un 28,7% de uso ocasional del condón en el primer semestre, a un 35,6% en el segundo semestre. Debe aclararse que la encuestación sobre el seguimiento del uso del condón fue realizado vía telefónica con lo que la lectura esperanzadora de estos datos pierde irremediabilmente fiabilidad y validez (35).

En suma, según se profundiza, más insuficiencias se van encontrando. Un cierto nivel de conciencia y unos aceptables índices higiénicos, comparados con los de los heterosexuales, inducen al optimismo. El carácter selectivo y relacional de las prácticas higiénicas de los homosexuales/bisexuales revela, sin embargo, que los factores

considerados en cada caso son muy numerosos y que las actuaciones varían en función del contexto situacional. El riesgo de contraer SIDA es tenido en cuenta, pero sólo como un dato más, junto al placer, las posibles presiones del "amigo", las posibilidades de contagio, etc...

Pasando a la cuestión de la educación sanitaria-sexual de los homosexuales/bisexuales, se confirma parte de lo señalado para los métodos de higiene: el nivel educativo sanitario es más alto que el de los heterosexuales, pero sin sobrepasar el calificativo de moderadamente aceptable. En esto, como en cualquier situación de la vida social, no existe diferenciación alguna en todos y cada uno de los aspectos de educación sanitaria y sexual establecidos entre la población general española. Pero, no se debería omitir dentro del contexto general educativo sobre sexualidad, los aspectos referidos a la orientación sexual hacia personas del mismo sexo o sobre tendencias bisexuales. El no abordaje de estas cuestiones durante la educación, es dejar acceso a posturas hipócritas, de rechazo, o marginatorias que generan desviación social y anomia.

Sobre la información que tienen el colectivo encuestado sobre ETS, se obtuvo que los homosexuales/bisexuales conocen bien o regular, la Sífilis y las Purgaciones (tablas 2.27 y 2.28); mal, el Granuloma inguinal y el Chancro Blando (tablas 2.29 y 2.30); la Sarna (tabla 2.32); bien, el SIDA (tabla 2.33) y regular, las Verrugas (tabla 2.34).

El hecho de que sea el SIDA, la enfermedad de transmisión sexual mejor conocida por esta población, muestra que no se ha llegado a ella partiendo de una buena educación sanitario-sexual previa. El conocimiento del SIDA no es un mero subproducto de una inquietud educativo-sanitaria general. Más bien, es el resultado de una preocupación específica motivada por el impacto causado entre la población homosexual/bisexual por los altos índices de mortalidad de esta enfermedad y por su especial incidencia en este colectivo.

Ello explica que los homosexuales/bisexuales, a diferencia de los heterosexuales, no se conformen con las informaciones, necesariamente más superficiales, que sobre el SIDA ha difundido la televisión. Los medios de comunicación que ha utilizado el 83,1% para informarse de esta enfermedad, han sido los folletos informativos y los periódicos/revistas, repartidos por igual entre unos y otros. Esto revela un claro interés por obtener una información más especializada, y sustenta una inquietud que se observó faltaba en la población general (tabla 2.35).

Los hechos que han conmovido a los homosexuales/bisexuales son también diferentes. Lo que más ha influido, es el dato cualitativo y de especial interés para esta población es que determinados colectivos, entre los cuales está el suyo, presentan una mayor incidencia del virus del SIDA. Han tenido también algún impacto, el conocimiento del carácter también heterosexual de la enfermedad, la muerte de Rock Hudson y las campañas de los Comités Ciudadanos Anti-SIDA.

En general, los homosexuales/bisexuales se consideran bien informados. La mitad de ellos dicen tener un conocimiento alto o muy alto de la enfermedad (tabla 2.42).

Esta opinión subjetiva se corresponde con un conocimiento objetivo relativamente alto acerca de las vías de transmisión de la enfermedad. Sin embargo, incluso en este aspecto, hay importantes lagunas, del mismo tipo que las que se producían entre la población general.

Así, por ejemplo, se produce el mismo tipo de confusión acerca de las propiedades transmisoras de los mosquitos y de otros insectos. La quinta parte desconoce o cree que el SIDA puede transmitirse por medio de besos. Paradójicamente, el desconocimiento o error, afecta a la cuarta parte de los consultados en lo referente a las cualidades transmisoras del acto sexual homosexual y heterosexual. Altos niveles de falta de respuestas se detectan cuando la pregunta hace relación a los objetos

cortantes y al aire respirado por una persona infectada. Por último, hay bastante confusión en lo relativo a la posibilidad de que el virus del SIDA se pueda transmitir por otros medios (tablas 2.43 a 2.50).

Todo esto pone de relieve que queda aún una labor muy importante pendiente de realizar con un colectivo, como el compuesto por homosexuales y bisexuales, tan expuesto al contagio. Hay una sensibilización clara frente al problema, pero que no siempre tiene una traducción en la conducta cotidiana. Las lagunas en los conocimientos y el carácter selectivo de las prácticas higiénicas constituyen una llamada de atención.

30. LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:
PRACTICAS DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

El comportamiento sexual de la población homosexual/bisexual, presentado en el apartado correspondiente, conlleva necesariamente la realización de prácticas de riesgo. Especialmente clave en este sentido, es el papel central que desempeña el coito anal. No vamos a reiterar aquí lo expuesto entonces. Pero interesa reflejar, de forma independiente, la frecuencia de determinadas prácticas de riesgo (ingestión de semen y prostitución, básicamente) para analizar la existencia de posibles efectos multiplicadores en la exposición al contagio, con las consiguientes consecuencias expansivas de la enfermedad.

Los resultados en este sentido no son uniformes. La práctica de ingerir semen está bastante extendida entre los homosexuales/bisexuales. Los que no lo hacen nunca sólo suponen el 38,3% de los consultados. Sin embargo, no son muy numerosos los que dicen que ingieren semen siempre que quieren o siempre que les apetece. Lo más habitual es que lo hagan alguna vez (tabla 2.51).

La mitad de los entrevistados aseguran haber observado, en ellos o en sus compañeros, algún traumatismo en el que se ha producido sangre. Incluso entre estos, la observación de este fenómeno no es frecuente. Ciertamente, estos resultados pueden considerarse inferiores a los que cabría prever (tabla 2.52).

A diferencia de los heterosexuales, la población homosexual/bisexual, apenas ha utilizado la prostitución masculina o femenina a lo largo de su vida. Más de las dos terceras partes no lo han hecho nunca. Los que recurren a la prostitución lo hacen con moderación (tabla 2.53).

Si la pregunta hace referencia al uso de la prostitución en los últimos doce meses, la cifras bajan aún más. Sólo declaran haberla utilizado en

este periodo, el 10% y casi todos ellos menos de seis veces (tabla 2.54).

En resumen, los homosexuales/bisexuales ingieren semen moderadamente y apenas usan la prostitución. Incurren, por tanto, en prácticas de riesgo, pero no lo hacen de una forma generalizada. La cuestión básica sigue siendo el coito anal y la frecuencia de contactos sexuales con hombres y mujeres sin medidas de prevención.

Son muchos los estudios que evidencian a la práctica del coito anal como el factor de riesgo más importante entre la población de homosexuales. El papel receptivo (ya sea predominantemente receptivo o receptivo-insertivo en el contacto sexual) ofrece tasas más significativas de seropositividad, en comparación a pautas de conducta sexual predominantemente insertivas (36). Con respecto a los factores de riesgo para la progresión de la infección por VIH entre varones homosexuales seropositivos, parece ser que, antecedentes de herpes Zoster y relaciones sexuales con una persona que ya tuviera SIDA se asocian a una progresión más rápida y virulenta de la enfermedad (37).

31. DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

No se incidirá mucho en este aspecto, menos interesante de abordar para el colectivo homosexual/bisexual que para el conjunto de la población general. Globalmente, se puede decir que la población homosexual/bisexual presenta, como cabría suponer, opiniones y actitudes liberales, que sirven, lógicamente, para sancionar positivamente su "derecho a ser diferentes", pero que, por extensión alcanza a otras poblaciones expuestas, como las prostitutas y toxicómanos.

El liberalismo de los homosexuales puede apreciarse en preguntas muy diversas. El 70% es partidario de legalizar la prostitución (tabla 2.55) y cerca del 60%, es partidario del aborto en cualquier caso y sea cual fuere el estado de gestación, en el caso de que una mujer embarazada sea portadora del virus (tabla 2.56). También, cerca del 90% opina que todas las formas sexuales son normales, algo en lo que no estaban de acuerdo la mayoría de los heterosexuales (tabla 2.57). Ni que decir tiene, que los homosexuales/bisexuales rechazan profundamente cualquier tipo de descalificación que pudiese hacerse de sus características sexuales específicas.

Recordando lo señalado para la población general, en lo referente a su actitud frente a los homosexuales/bisexuales, estos no eran considerados "normales" en razón de sus comportamientos sexuales. Pero se rechazaban los estigmas más violentos. Los homosexuales/bisexuales no son considerados unos degenerados y no se piensa que serán castigados por Dios. El poco impacto del fenómeno SIDA apenas ha contribuido ni a levantar ni a fortalecer las barreras culturales y sociales que separan a las poblaciones expuestas del resto de la población. El hecho de que la infección del virus del SIDA tuviese su desarrollo primigenio, y casi exclusivo, en los grupos de homosexuales/bisexuales y toxicómanos, ha tenido un efecto tranquilizador en los españoles, conocedores por los medios de comunicación de la dificultad del contagio. De ahí que los

homosexuales/bisexuales no se sientan aún perseguidos, sino ocasionalmente marginados. Su sexualidad es socialmente considerada fuera de los límites de la normalidad.

Otra explicación parcial de la escasa percepción de su posible condición de marginados, por parte de los homosexuales/bisexuales, puede residir en la temprana edad en la que supieron el tipo de sexualidad que más les atraía. La mayoría lo decidió antes de los 15 años y fue entonces cuando probablemente sufrió el mayor rechazo social (tabla 2.59). Desde entonces, han podido ir conociendo personas que compartieran sus inclinaciones sexuales y construir con ellas su propio entorno personal. El resto de la población tiende a ser percibida con indiferencia y de una forma más instrumental. Al no existir una campaña agresiva contra ellos, no experimentan la necesidad de defenderse frente a la presión exterior. Los juicios que otros grupos puedan hacer acerca de los límites de la definición de "normalidad sexual", no les interesa mientras que no constituyan un obstáculo a su vida profesional y sexual. Sus necesidades afectivas son cubiertas por el grupo que comparte sus características sexuales.

Los homosexuales/bisexuales analizados en este estudio, no son toxicómanos. Unos pocos dicen haber probado la heroína o la cocaína en alguna ocasión. Pero ninguno de los consultados manifestó inyectarse. Las poblaciones expuestas de homosexuales/bisexuales y de toxicómanos constituyen dos grupos totalmente separados, algo que veremos más adelante que no sucede, por ejemplo, entre prostitutas y toxicómanos/as.

Algunos autores han señalado que entre los homosexuales es más frecuente el uso de sustancias tóxicas que en el resto de la población general (38). Nuestros datos discrepan totalmente con esta aseveración y vienen a alinearse y coincidir con otros estudios donde los grupos homosexuales no presentan una especial tendencia a la drogadicción, por lo menos no en porcentajes superiores a los de la población general (39).

En cuanto al uso de nitritos, más conocido por popper, tan utilizado como es sabido, por los homosexuales norteamericanos, por sus propiedades vasodilatadoras y poder de excitación sexual, se puede comentar que los encuestados lo han probado la mayoría de ellos (53,2%). En los tres meses anteriores a la realización de la encuesta, con diferente frecuencia, había sido utilizado también por la mayoría de los consultados, y lógicamente se había consumido en la mayor proporción, en presencia del compañero sexual. Los datos de Pilar Estébanez en este punto confirman la mínima proporción de consumidores de esta sustancia. Sólo 9 personas dijeron usarlo con una muy alta frecuencia y únicamente 4 manifestaron consumirlo de forma esporádica.

Sin embargo, a pesar de que el problema de las toxicomanías es ajeno a la población homosexual/bisexual, este grupo hace extensivos sus puntos de vista liberales, a la problemática de la drogadicción. Así, una mayoría amplísima es partidaria, no sólo de la distribución gratuita de jeringas y de agujas, sino de la existencia de máquinas automáticas con los citados objetos (tablas 2.66 y 2.67).

Sin embargo, los homosexuales/bisexuales son reticentes frente a la venta libre de las drogas, algo que sólo acepta la cuarta parte. Se oponen totalmente a la distribución, el 17,9%, mientras que la mayoría está en una posición intermedia, favorable a una distribución bajo control médico, sólo para toxicómanos, o, en menor medida, directamente en farmacias para todos, con o sin receta. En suma, los homosexuales y bisexuales aceptan el paradigma médico de las toxicomanías y colocan en un segundo plano el planteamiento punitivo-represor, invirtiendo de esta forma el orden de prioridades de la población general (tabla 2.68).

Por último, destacar el hecho de que los homosexuales/bisexuales no son en absoluto reacios a hacerse la prueba del SIDA para conocer su posible contacto con el virus. En este sentido, se manifiestan las dos terceras

partes de los consultados. Sólo el 17,4%, rechazan la prueba (tabla 2.69).

Esto confirma que los homosexuales/bisexuales no se sienten rechazados hasta el punto de temer que el banco de datos que surgiese con motivo de la prueba, pudiese ser utilizado para otro tipo de medidas de control social y político.

Los que realizan determinados comportamientos de mayor riesgo son más partidarios de la prueba que el resto. Así, en las tablas 2.70 y 2.71 puede comprobarse que los partidarios de no hacerse la prueba se reclutan, en mayor medida, entre quienes no reciben la eyaculación oral y entre quienes no realizan la penetración anal. Los que más riesgos asumen son más partidarios de conocer su posible condición de portadores, lo que, sin duda, es un dato claramente positivo con respecto a indicadores de prevención y anticipación a la infección y a la epidemia.

32. CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE HABITOS SEXUALES POR EL SIDA EN LA POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

Para conocer el posible cambio producido en los hábitos de la población homosexual/bisexual por el conocimiento del virus del SIDA, se sometió a este colectivo a las mismas preguntas que se enunciaron en el capítulo 1.5 relativo a la población general. Son válidos aquí, por tanto, los mismos comentarios y reservas que se realizaron entonces.

Los resultados, que figuran en las tablas 2.72 y siguientes, son muy diferentes de los obtenidos para el conjunto de la población española. Así, por ejemplo, el 57,2% de los homosexuales/bisexuales reconocen que el SIDA ha cambiado su vida sexual. Sin embargo, descendiendo a puntos concretos, el cambio no parece haber sido tan profundo como esta afirmación general puede dar a entender. Sin reiterar lo dicho en relación al comportamiento, higiene y educación sanitaria observados en el plano sexual. Basta observar con cuidado las tablas citadas para comprobar que los cambios apenas han sido relevantes en la dificultad de ligar, el mantenimiento de relaciones múltiples, los contactos sexuales con extranjeros o con desconocidos, en el abandono del ghetto gay o en la asistencia a locales gay. En algunos casos, la pregunta es improcedente porque hace referencia a prácticas poco frecuentes entre homosexuales/bisexuales. Tal es el caso, por ejemplo, de la prostitución. Sin embargo, cuando se ha recurrido a ella, tampoco se ha abandonado por culpa del SIDA.

En algunos casos, sin embargo, sí se han producido cambios significativos. Por ejemplo, dentro de la proporción de los que realizaban la práctica de ingerir semen, un 23,4% ha dejado de hacerlo, aunque siguen siendo superiores en número los que no han modificado su conducta.

En la exigencia del preservativo, el cambio es más profundo. En este sentido se manifiestan el 35,8% de los consultados. También llama la atención, el hecho de que el 41,3% asegure que tienen relaciones ahora

con menos personas. Y hay un 22,9% que ha dejado de ir a cuartos oscuros en locales gay.

La variable que más afecta al cambio de hábitos sexuales es el conocimiento de algún familiar enfermo del SIDA. La experiencia directa de los efectos de la enfermedad en un ser cercano, es muy grande. En las tablas que van de la 2.88 a la 2.91 se observa el impacto del conocimiento directo de enfermos cercanos en el cambio de los hábitos que más variación han experimentado en el conjunto de la población homosexual/bisexual. El 46,9% de los que conocen algún familiar enfermo de SIDA han dejado de ingerir semen, mientras que sólo han hecho lo propio el 15,7% de los que no conocen a nadie. En la exigencia del preservativo, los porcentajes respectivos son, 51,0% y 24,3%; en la disminución del número de personas con las que tienen relaciones sexuales son, el 53,1% y el 37,4% respectivamente; y en la asistencia a cuartos oscuros, las cifras son del 38,5%, para los que conocen a familiares enfermos, frente a un 11,4%, para los que no conocen.

A. Cardin y A. de Fluvia recogieron en su libro "SIDA ¿Maldición bíblica o enfermedad letal?" un artículo publicado en Time (4-7-83) titulado "La auténtica epidemia: El miedo y la desesperación" y en él se hace referencia al lado más oscuro del SIDA. William Horstman, psicólogo, y otros dos terapeutas más de San Francisco, distribuyeron 1.000 cuestionarios entre homosexuales, el 30% de los 600 que fueron rellenados y devueltos a los investigadores, declaraban haberse vuelto más precavidos en sus vidas sexuales, pero un 10% afirmaban haber incrementado el riesgo de su actividad sexual tras la aparición del SIDA (40).

Este alarmante último dato, creemos que debe circunscribirse con niveles significativos, en el período del inicio de la epidemia. Todas las siguientes informaciones ponen de relieve que, según se va extendiendo la enfermedad, el cambio de hábitos se espera que sea progresivamente mayor. Según pasen los años, las expresiones retóricas de preocupación irán dando paso a una modificación profunda de hábitos.

Pero la necesidad de que esto se produzca con urgencia, nos hace estar firmemente de acuerdo con otros autores que reclaman mayor atención hacia las investigaciones, capaces de aproximarse y determinar, de qué factores depende que las personas que poseen ya una adecuada información, practiquen o no, comportamientos de riesgo, y adopten o no, los métodos recomendados como preventivos. Especial referencia merecen los trabajos realizados en Salud Comunitaria por Miguel Costa y Ernesto López en los que se subraya la capacidad y potencial de aprendizaje que a través de modelo de educación y de "competencia", tienen los ciudadanos para aprender a enfrentarse con problemas de salud y adquirir comportamientos saludables (41). Y más específicamente, especial atención a los estudios de Ramón Bayés y Pilar Arranz, en los cuales se aboga por dar al SIDA un tratamiento no exclusivamente médico, enfatizando en la investigación sobre variables psicológicas y psicosociales que se sabe inciden e intervienen en la difusión y evolución de la enfermedad (42).

.

B I B L I O G R A F I A

1. Malinowski, S. (1932) LA VIDA SEXUAL DE LOS SALVAJES DEL NOROESTE DE LA MELANESIA Ed. Morata, Madrid.
2. Ruth Benedict (1954) MODELOS DE CULTURA, Ed. Sudamericana, Buenos Aires.
3. Mead Margaret (1973) SEXO Y TEMPERAMENTO EN LAS SOCIEDADES PRIMITIVAS, Ed. Laia, Barcelona.
4. George Devereux (1937) INSTITUCIONALIZED HOMOSEXUALITY OF THE MOHAVE INDIANS. Human Biology, 9; 498-527. Existe versión española en Freud, Sigmund y otros (1973) LA HOMOSEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD MODERNA Ed. Siglo XXI. Buenos Aires, pp. 229-280.
5. Fisher, S. (1965) A NOTE ON HOMOSEXUALITY AMONG THE GREKS en J. Marmos (ed), Sexual Inversion, Basic Books, New York, pp. 165-175.
6. Beach, Frank y Ford, Clellan (1978) CONDUCTA SEXUAL Ed. Fontanella, Barcelona. Esta edición es la tercera traducida al castellano del original en inglés PATTERNS OF SEXUAL BEHAVIOR, publicado por Harper Row, Publishers, New York.
7. Beach y Ford, op. cit., p. 288
8. Beach y Ford, op. cit., pp. 153 y ss.
9. Josep Rodríguez (1987) SALUD Y SOCIEDAD. ANALISIS SOCIOLOGICO DE LA ESTRUCTURA Y LA DINAMICA DEL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL, Ed. Tecnos, Madrid, p. 206.

10. Fernando Jiménez Herrero (1988) PAREJAS HOMOSEXUALES Y ENVEJECIMIENTO en Revista Española de Geriatria y Gerontología, 23-4, p. 231.
11. Sigmund Freud (1948) UNA TEORIA SEXUAL en Obras Completas, volumen I, Editorial Biblioteca Nueva, p. 769.
12. Sigmund Freud, op. cit., pp. 172 y ss.
13. Sigmund Freud (1951) LETTER TO AN AMERICAN MOTHER, American Journal of Psychiatry, 107:786-787
14. J. Rof Carballo (1972) BIOLOGIA Y PSICOANALISIS Ed. Desclée de Brower, Bilbao.
15. Estudio realizado por el C.I.S con el número 1.031 que tomó cuerpo como publicación en la Revista Española de Opinión Pública nº 15, pp. 231-237
16. Estudio del CIS núm. 1.247 realizado en Noviembre de 1980
17. Estudio del CIS núm. 1.391 realizada en Septiembre de 1984
18. Estudio del CIS núm. 1.440 realizado en Diciembre de 1984
19. Estudio del CIS núm. 1.698 realizado en Septiembre de 1987
20. Estudio del CIS núm. 1.703 realizado en Septiembre de 1987

21. I.F.O.P. (1979) LOS FRANCESES Y LA HOMOSEXUALIDAD en Arcadie, Mouvement homophile de France, núm. 304, Abril 1979, Año 26.
22. Antonio García Martín y Andrés López Fernández (1985) IMAGEN SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD EN ESPAÑA. Asociación Pro Derechos Humanos de España, Madrid
23. García Martín y López Fernández, op. cit., p. 78
24. Ricardo Usieto, op. cit, pp. 356-361
25. Carlos Malo de Molina y otros (1988) LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ESPAÑOLES, Ediciones B. Serie Reportaje, Barcelona, pp. 87-89
26. Estudio del C.I.S. núm. 1.260 realizado en Diciembre de 1980
27. García Valdés, A. (1981) HISTORIA Y PRESENTE DE LA HOMOSEXUALIDAD Editado por Akal Universidad, Madrid.
28. Weinberg, G. (1977) LA HOMOSEXUALIDAD SIN PREJUICIOS. UN REVOLUCIONARIO ENFOQUE PSICOLÓGICO Ed. Granica, Barcelona, p. 29.
29. Manuel Trillo (1989) "Terapia y derecho en relación a la marginalidad social y la sexualidad" en III Congreso Español de Sexología SEXUALIDAD Y MARGINACION SOCIAL, editado por la Sociedad Sexológica de Madrid, p. 112.
30. Mario Mieli, op. cit. p. 99

31. Jean Nicolás (1982) LA CUESTION HOMOSEXUAL, Ed. Fontamara, Barcelona, p. 25
32. M. Hunt (1977) CONDUCTA SEXUAL EN LA DECADA DEL SETENTA Ed. Sudamericana, Buenos Aires, pp. 356-380
33. Beach y Ford CONDUCTA SEXUAL op. cit., p. 144
34. Allan P. Bell y Martin S. Weinberg (1979) HOMOSEXUALIDADES Ed. Debate. Madrid. pp. 287 y ss.
35. Pilar Estébanez (1987) HABITOS DE RIESGO/CONTAGIO DE SIDA ENTRE POBLACION HOMOSEXUAL Y TOXICOMANA ASISTIDA EN UN C.P.S. Ejemplar multicopiado.
36. N. Merino, Sánchez, RL., Muñoz et al (1990) HIV-1 SEXUAL PRACTICES AND CONTACT WITH FOREIGNERS IN HOMOSEXUAL MEN IN COLOMBIA, South America. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 3:330-334
37. GJP, Van Griensven, EMM de Vroome, F. de Wolf et al. (1990) RISK FACTORS FOR PROGRESSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) INFECTION AMONG SERO CONVERTED AND SEROPOSITIVE HOMOSEXUAL MEN. Am J Epidemiol, 132:203-210
38. Alberto García Valdés, op. cit., p. 257
39. Pilar Estébanez, op. cit., 19
40. Cardin, A. y de Fluvia, A. (1985) SIDA ¿MALDICION BIBLICA O ENFERMEDAD LETAL? Ed. Laertes, Barcelona, p. 26

41. Cf. Miguel Costa y Ernesto López (1986) SALUD COMUNITARIA, Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Miguel Costa (1984) LA TERAPIA DE CONDUCTA EN LA SALUD COMUNITARIA. Anuario de Psicología, pp. 30 y 31, 113-125

Salvador Urraca (1991) COMPORTAMIENTOS EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD, Revista JANO, vol XL nº abril, extraordinario, pp. 82-93

42. Ramón Bayés (1979) PSICOLOGIA Y MEDICINA, Ed. Fontanella, Barcelona;

Ramón Bayés APORTACIONES DEL CONDUCTISMO A LA SALUD MENTAL COMUNITARIA, Estudios de Psicología nº 13, pp. 92-110

A N E X O V

CUADROS DE VARIABLES

POBLACION HOMOSEXUAL/BISEXUAL

Cuadro 4

HOMOSEXUALES		
NIVEL DE CREENCIA Y PRACTICA RELIGIOSA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NO CREE EN DIOS	74	36,8
CREE EN DIOS,PERO NO PRACTICA	41	20,4
CATOLICO PRACTICANTE	13	6,5
CATOLICO NO PRACTICA	57	28,4
CRISTIANO, PERO NO CATOLICO	6	3,0
DE OTRA RELIGION	4	2,0
NS/NC	6	3,0
	N=201	100,0

Cuadro 5

HOMOSEXUALES		
POSICION IDEOLOGICA SUBJETIVA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NS/NC	39	19,4
IZQUIERDA	8	4,0
	23	11,4
	37	18,4
	35	17,4
	31	15,4
	12	6,0
	9	4,5
DERECHA	7	3,5
	N= 201	100,0

Cuadro I

POBLACION EXPUESTA			
HOMOSEXUALES/BISEXUALES			
VARIABLES SOCIO- DEMOGRAFICAS Y FAMILIARES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
SEXO	HOMBRE	188	93,5
	MUJER	13	6,5
		N=201	100,0
EDAD	14-18 AÑOS	4	2,0
	19-21 AÑOS	10	5,0
	22-28 AÑOS	74	36,8
	29-38 AÑOS	75	37,3
	39-50 AÑOS	32	15,9
	51-65 AÑOS	4	2,0
	NS/NC	2	1,0
		N=201	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	163	81,1
	CASADO	6	3,0
	VIUDO	1	0,5
	DIVORCIADO/SEPARADO	4	2,0
	VIVE CON PAREJA HOMOSEX.	24	11,9
	NS/NC	3	1,5
		N=201	100,0
NUMERO HIJOS	NINGUNO	189	94,0
	UNO	2	1,0
	DOS	5	2,5
	MAS DE CUATRO	1	0,5
	NS/NC	4	2,0
		N=201	100,0
VIVE CON...	FAMILIA	71	35,3
	AMIGOS	31	15,4
	PAREJA	40	19,9
	SOLO	55	27,4
	VIVO EN LA CALLE	3	1,5
	OTROS	1	0,5
		N=201	100,0
TAMAÑO MUNICIPIO	-10 MIL HABITANTES	5	2,5
	10-50 MIL HABITANTES	12	6,0
	50-100 MIL HABITANTES	11	5,5
	100-250 MIL HABITANTES	11	5,5
	250-500 MIL HABITANTES	15	7,5
	+ 500 MIL HABITANTES	147	73,1
		N=201	100,0

Cuadro 2

P O B L A C I O N E X P U E S T A			
HOMOSEXUALES/BISEXUALES			
VARIABLES OCUPACIONALES Y SOCIOLABORALES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
OCUPACION	AMA DE CASA	1	0,5
	ESTUDIANTE	20	10,0
	ASALAR. TIEMPO COMPLETO	99	49,3
	ASALAR. TIEMPO PARCIAL	13	6,5
	AUTONOMO	34	16,9
	EMPRESARIO	6	3,0
	PARADO	19	9,5
	JUBILADO	1	0,5
	NS/NC	8	4,0
		N=201	100,0
PROFESION	AMA DE CASA	1	0,5
	ESTUDIANTE	19	9,5
	OBRERO-EMPLEADO	49	24,4
	TECNICO GRADO MEDIO	34	16,9
	TECNICO GRADO SUPERIOR	38	18,9
	FUNCIONARIO	23	11,4
	AUTONOMO/EMPRESARIO	25	12,4
	NS/NC	12	6,0
		N=201	100,0

Cuadro 3

P O B L A C I O N E X P U E S T A			
HOMOSEXUALES/BISEXUALES			
NIVEL DE ESTUDIOS	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
	NO TIENE ESTUDIOS	1	0,5
	ESTUDIOS PRIMARIOS	12	6,0
	EGB/BACHILLER ELEMENTAL	37	18,4
	BUP/BACHILLER SUPERIOR	48	23,9
	ESTUDIOS MEDIOS	22	10,9
	ESTUD. UNIVERSITARIOS	74	36,8
	NS/NC	7	3,5
		N=201	100,0

Cuadro 6

P O B L A C I O N E X P U E S T A		
HOMOSEXUALES/BISEXUALES		
PROVINCIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
VITORIA	1	0,5
ALICANTE	1	0,5
AVILA	1	0,5
PALMA DE MALLORCA	2	1,0
BARCELONA	29	14,4
BURGOS	1	0,5
CACERES	1	0,5
CIUDAD REAL	7	3,5
CUENCA	2	1,0
GERONA	2	1,0
GRANADA	4	2,0
SAN SEBASTIAN	4	2,0
LEON	1	0,5
MADRID	98	48,8
MALAGA	5	2,5
PAMPLONA	6	3,0
PALMAS DE GRAN CANARIA	1	0,5
SANTA CRUZ DE TENERIFE	1	0,5
SEVILLA	13	6,5
SORIA	1	0,5
VALENCIA	13	6,5
BILBAO	7	3,5
	N=201	100,0
AUTONOMIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
ANDALUCIA	22	10,9
BALEARES	2	1,0
CANARIAS	2	1,0
CASTILLA LA MANCHA	9	4,5
CASTILLA Y LEON	4	2,0
CATALUNA	31	15,4
COMUN. VALENCIANA	14	7,0
EXTREMADURA	1	0,5
MADRID	98	48,8
NAVARRA	6	3,0
PAIS VASCO	12	6,0
	N=201	100,0

ANALISIS CUANTITATIVO

POBLACION DE PROSTITUTAS

POBLACION EXPUESTA DE PROSTITUTAS

33. INTRODUCCION AL TEMA DE LA PROSTITUCION

Acercarse al estudio de la prostitución es tarea ardua ya que, sin duda, se trata de un fenómeno complejo no exento de imprecisiones y contradicciones, a lo que se añade la escasez de estudios socio-históricos capaces de arrojar datos rigurosos sobre determinantes económicos, políticos, culturales, marginadores, psicológicos y antropológicos que condicionen la aceptación o rechazo tanto a nivel individual como colectivo del ejercicio de la prostitución.

El tratamiento de este fenómeno, su valoración y reglamentación reguladora ha variado, a veces diametralmente, según la ubicación geográfica (oriente-occidente); los legisladores de turno; la interacción de culturas (visigodos, musulmanes, romanos, etc.) y las medidas adoptadas (desde la más absoluta permisibilidad y valoración positiva, hasta la persecución y estigma social) condicionadas por factores de muy diferente naturaleza y signo. Bastaría un breve análisis de algunos antecedentes históricos para comprender que, a la profesión más vieja del mundo no siempre y en todos los lugares se le ha conferido la imagen social de desprestigio y de alta marginación que hoy se le otorga al ejercicio de la prostitución (1).

Desde el servilismo sexual obligatorio para la mujer en algunos pueblos, donde el varón tiene libre disposición del cuerpo de la mujer para corresponder con estima y hospitalidad al huésped (este no se ve obligado a pagar el servicio por lo que no se podría hablar de prostitución) hasta la prostitución sagrada de la India o de Babilonia donde las prostitutas del templo de Astarté estaban dirigidas por una sacerdotisa, gozaban de especial protección y privilegios concedidos por el código de Hammurabi y sus ingresos se entregaban al templo, ó las más cercana a nosotros culturalmente hablando, la ejercida durante los orígenes de la antigua Grecia, en donde en las festividades en honor a la diosa Venues

Pandemos, "las mujeres que vendían su cuerpo en toda Grecia dedicaban el producto de sus transacciones a realizar ofrendas de dinero en los diversos templos erigidos a la Venues" (2). La práctica de la prostitución aquí no está, por tanto, vinculada a la clandestinidad, la necesidad o la marginación, sino muy al contrario a la integración y valoración intragrupal; hasta la desacralización y la concepción del ejercicio de la prostitución como fenómeno social, objeto de comercio y regulación y por ende de control político-social que ha ido produciendo la alternancia entre prohibición y reglamentación.

En nuestro país, haciendo referencia solamente a nuestro pasado más próximo, durante la II República se ordenó la disolución del Real Patronato para la Represión de la Trata de Blancas y se creó el Patronato de Protección a la Mujer, que tuvo una corta vigencia, de 1931 a 1935, en este último año el gobierno republicano derogó la reglamentación que regulaba el ejercicio de la prostitución declarándola ilícita.

La prostitución en sí, no es delito en España, pero con la adhesión a las tesis de la Convención de las Naciones Unidas de 1949, y la promulgación del Decreto-Ley el 3 de marzo de 1956, que aún hoy está vigente "se aplica (a un nivel puramente formal en ciertos aspectos) el sistema abolicionista de reglamentación sobre el particular, que supone que se ha de castigar a las terceras personas que promuevan, faciliten o se aprovechen de la prostitución ajena, estimando la prostitución como actividad ilícita no delictiva, por lo que no se puede ejercer en lugares concretos, -prostíbulos- ni controlar a las prostitutas sanitariamente" (3).

Ahora bien, existe la situación paradójica que si bien la prostitución no es figura delictiva, con la entrada en vigor en 1970 de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, resulta que personas ejercientes pueden ser susceptibles de aplicación de esta Ley al poder ser consideradas "peligrosas". Según Manuel Rico Lara, esta Ley ha sido modificada recientemente en el sentido de "excluir de su texto y no hacer objeto de

imposición de medidas de seguridad a rufianes y proxenetas (que son los mediadores o terceristas que se benefician en mayor grado del comercio sexual), mientras que la prostituta -parte más débil y dominada- sigue siendo potencialmente peligrosa" (4). Esto vendría a confirmar que la estructura social posee un sistema de producción normativa que da cobertura a unos "roles" y arroja irremediabilmente a la marginación a otros.

Con esta situación que configura el estado actual del ejercicio de la prostitución, donde coexisten las formas más tradicionales de ejercer la profesión con las más modernas y sofisticadas modalidades de oferta, por lo que la tipología y el posible perfil psico-social de la prostitución actual se ha convertido en un fenómeno aún más complejo de acotar para el estudio propiamente dicho.

Con respecto a las cifras que se barajan como posibles para España, en 1970 la Fiscalía del Estado calculaba medio millón de prostitutas en nuestro país (5). Con fecha 7 de abril de 1988, el periódico EL PAIS, publicaba un informe sobre el tema y la estimación era de entre 300.000 y 400.000 prostitutas. Más recientemente el mismo periódico, el 15 de abril de 1989, recogía la información de las Jornadas sobre Prostitución y SIDA celebradas en esa fecha en Madrid, en las que la socióloga M^a Gracia Pérez presentó un informe de 1982 del Congreso Económico y Social de las Naciones Unidas, en el que se hacía la estimación de que había entre 10% y un 13% de la población femenina que ejercía la prostitución en España. Estas cifras barajadas para nuestro país resultan ser muy superiores a las estimadas dentro de otros países europeos. Jeanne Peiffer en su revisión bibliográfica en lengua francesa sobre prostitución se refiere a los datos que se estiman en Francia sobre el número de mujeres dedicadas a la prostitución en el año 1981, la cifra calculada por la Prefectura Francesa fué de 20.000, y según fuentes oficiosas se trataban de 40.000 sin contar con las ocasionales (6). Parece ser que se podría hablar, sin mucho riesgo de error, que más de 50.000 mujeres francesas se prostituyen. En la República Federal Alemana,

algunas estadísticas hablan de la existencia de 100.000 prostitutas en el país. De las cuales unas 20.000 son profesionales conocidas.

En cuanto a prostitución infantil Patrick Braun, cree que aunque estadísticas semioficiales sólo admiten 2.500 prostitutos menores chicos y chicas, en suelo francés, en realidad esta cifra se acerca a los 10.000 ó 15.000 casos (7).

Existe además, un número siempre extraordinariamente difícil de cuantificar, resultante de la prostitución de inmigrantes transitorios e ilegales en todos los países. En España, predomina la prostitución proveniente de Portugal, norte de Africa y países latinoamericanos. Todo ello, genera un grave problema social y de salud pública. Las noticias sobre "trata de blancas", y rufianismo ejercido sobre las mujeres que quieren emigrar de su país y establecerse en el nuestro son estremecedoras, además se agrega la propia xenofobia de la prostitución "autóctona" que ve menguado su campo de actividad.

Debe resultar fácil imaginar las dificultades encontradas a la hora de abordar a esta población para su encuestación, donde a las trabas de acceso, las reticencias lógicas a colaborar, las características personales y del entorno, se añadió la dificultad misma del cuestionario con sus preguntas profundamente íntimas, además de difícilmente comprensible para algunas de las encuestadas. No obstante, se obtuvo una muestra numéricamente relevante (210 cuestionarios), por cuotas como se explica en la ficha técnica, debido a la imposibilidad de partir de un censo de prostitutas, que si bien debe llevar lógicamente a la prudencia de la interpretación y generalización de los resultados, éstos son sin duda, de una gran significación debido en primer lugar a la escasez de datos fiables hasta este momento y en segundo lugar porque representan a una subpoblación cuya incidencia en cuanto a exposición y transmisión del SIDA es de enorme relevancia.

El método seguido, al igual que a la subpoblación de homosexuales/bisexuales y toxicómanos, fue a través de entrevistas personales, interrogando de forma directa a las prostitutas, bien en su lugar de trabajo por referencia de terceras personas o recurriendo a organizaciones facilitadoras de contactos o afines a este colectivo.

Han sido Barcelona y Madrid por este orden, las capitales fundamentalmente consultadas, seguidas a continuación por Valencia, Oviedo, Zaragoza y Sevilla, que han arrojado los siguientes datos de clasificación:

De entre la muestra, se ha obtenido la opinión de un travestido, por lo que en definitiva quedó compuesta por 209 mujeres y un hombre. El intervalo de edad entre los 22 y 28 años recoge el 32,9% de las respuestas y casi la mitad de ellas, tiene edades comprendidas entre los 14 y los 28 años de edad.

Con respecto al nivel de estudios, casi un 54% de los datos facilitados, tenían solamente cursos primarios. Un 15,2% de las encuestadas manifestaron no tener ningún tipo de estudios. Sobre esto último, en el trabajo antes citado de Santamaría, Martínez Toledano y Espinosa se obtuvo un 11% de las que decían no saber leer ni escribir (8). Mientras que el estudio de 1974 realizado por el Departamento de Investigación Social, era la tercera parte de las prostitutas encuestadas las que referían el mismo grado de analfabetismo (9). Obviamente esta casuística es coincidente con la evolución decreciente de este indicador en el conjunto general de nuestro país.

De todas formas, es el momento de reseñar nuevamente que dado el sistema seguido para obtener el total del corpus, estos datos pueden estar muy condicionados por las características de la zona, modalidad y local, seleccionados para la recogida empírica cuantitativa. A pesar de que se ha obtenido un error muestral asumible metodológicamente, para este tipo de investigación y un nivel de confianza óptimo, existen incógnitas no

despejadas por completo. Asimismo, la desviación es algo más acentuada al no disponer en términos de referencia de parámetros mensurables e indicadores que pudiesen correlacionarse. La dificultad resultó máxima en la consideración fundamental del estudio relacionando prostitución y SIDA en una población de gran susceptibilidad al fenómeno epidémico. No debe olvidarse, la relación del sexo, trabajo, y la aparición del SIDA, que transforma toda la organización social de sus vidas.

En referencia a las categorías de estado civil, número de hijos y tipo de convivencia, casi la mitad de las entrevistadas son mujeres solteras y sin hijos; sólo un 7,6% de la muestra estaban casadas en el momento de la encuestación y un 30% tenían un solo hijo. Por otra parte, la mayoría no convive con nadie, viven solas un 40,5%, característica sociodemográfica próxima a modelo de exclusión/reclusión e identificados en colectivos marginados, sancionados, y resignados a vivir en un submundo al que se le castiga con el mayor anonimato posible.

34. AUTOPERCEPCION DE MARGINACION SOCIAL Y SATISFACCION PERSONAL

En este apartado se recogen los resultados de las categorías referidas al tipo de marginación social que hubieran podido sufrir a lo largo de su vida por sus características sexuales y también el grado de satisfacción en algunos aspectos de especial relevancia en el desarrollo de sus vivencias como la sexualidad, la familia, el trabajo, la vivienda, y del resto de las categorías que se indican en el cuadro 1.

Cuadro 1

Grado de satisfacción vital

ASPECTO	MUY SATISFECHA BASTANTE SATISF.	INDIFERENTE, INSATISFAC. Y MUY INSATISF.	NS/NC	Total
Amistades	49,0	47,7	3,3	100
Tiempo Libre	36,7	59,5	3,8	100
Familia	34,3	63,3	2,4	100
Trabajo	36,7	58,5	4,8	100
Sexualidad	59,0	37,7	3,3	100
Sueldo	52,4	45,7	1,9	100
Salud	69,0	30,5	0,5	100
Vivienda	55,7	42,9	1,4	100
N=210				

Cuadro 2

¿Siente o ha sentido marginación social por sus características sexuales?

No siento ningún tipo de marginación	53,8%
En algunas ocasiones lo he sentido	31,4%
Me siento marginada	12,9%
NS/NC	1,9%
<u>TOTAL</u>	100,0
N=210	

Se puede observar que todos los aspectos valorados se encuentran por debajo de los índices de beneplácito mostrados por las dos poblaciones expuestas hasta el momento. Hay una sola excepción, en el aspecto de sueldo las prostitutas se sienten muy y bastante satisfechas en su mayoría (52,4%) situación que no se daba en las otras poblaciones, ya

que era precisamente el aspecto de la vida que mayor insatisfacción producía. El 69% de las consultadas se encuentran altamente satisfechas con su salud, y en cuanto el grado de satisfacción en el área de su sexualidad es prácticamente idéntico porcentaje que el manifestado por la población general (59%) y (69,9%) respectivamente.

En relación a sentimientos de rechazo y marginación la mayoría opina no haber sufrido ningún tipo de marginación, sin embargo, un porcentaje importante, el 44,3% reconoce sentirse o haber sentido en ocasiones este sentimiento unido a su condición de prostituta y el entramado social con que se relaciona.

Aunque no se recogió en la encuesta, se obtuvieron datos de otros estudios en los que las mujeres prostituídas opinaban sobre el carácter de la prostitución. Mayoritariamente sus manifestaciones iban en la línea de no considerar como denigrante su ejercicio y no creer que debiese ser objeto de rechazo social. Las causas más argumentadas para explicar su dedicación a "hacer la calle" vienen justificadas por la necesidad de un trabajo remunerado, el deseo de adquirir un mejor nivel económico, la escasez de recursos para sacar a sus hijos adelante, todo ello en lo que podría catalogarse como una categoría más del mercado laboral. Existen sin embargo, una casuística considerable que aducen la drogadicción como elemento causal (10).

35. ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS

Para esta parte de la investigación, no se dispuso del mecanismo de control que podría aportar una subpoblación de prostitutas obtenido de la población general, tal y como ocurría positivamente en el caso de los homosexuales/bisexuales. Esto debe llevar, lógicamente, a la cautela en la interpretación de los resultados, sobre todo en aquellas que sean producto de cruce de variables, donde los márgenes de error aumentan, al tratarse de poblaciones relativamente pequeñas.

El cuestionario se sometió a las prostitutas, al igual que a los homosexuales/bisexuales y a los toxicómanos, por medio de entrevistas personales realizadas por un equipo de profesionales colaboradores del Centro de Análisis Social de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, preparados especialmente para este tipo de estudios en el que había de tenerse en cuenta el perfil social del grupo expuesto y todo lo inherente al SIDA. Ello proporciona las máximas garantías en lo referente a la recogida de información y el proceso final de cuantificación y cruce de variables.

Tal como se indicó en el capítulo anterior, la población de prostitutas presenta una peculiaridad que no tenía la de homosexuales/bisexuales. El 17,6% de la muestra se comprobó que se inyectaban heroína y el 11%, cocaína. Esto hace que en determinadas personas coincida la circunstancia de pertenecer al mismo tiempo a dos poblaciones expuestas. De ahí que sea relevante presentar determinados resultados para este grupo pequeño. Naturalmente, lo afirmado con respecto a esta subpoblación se obtiene a partir de una submuestra. Los márgenes de error son muy altos, lo que invita a extremar aún más la prudencia para este subcolectivo. Por esta razón, se recurrirá a este grupo sólo cuando el grado de significatividad de los resultados y la relevancia del caso lo exija.

La población de prostitutas en los patrones comparables entre los grupos de mayores prácticas de riesgo a la infección por VIH, resulta en muchos aspectos muy diferente de la de homosexuales/bisexuales. Mientras que éstos tienen un nivel de estudios medio, la mayor parte de las prostitutas se ha quedado en la enseñanza primaria. Un porcentaje relevante no tienen estudios de ningún tipo. Dado el sistema seguido para obtener la investigación empírica y a pesar de que se pretendió llegar a una variedad de respuestas lo más amplia posible, esta variable puede estar muy condicionada por las características de la recogida de información "in situ". Es decir, todo el entorno del acoso del cliente y/o del "chulo" y de la propia oferta de la prostituta. Sin embargo, este dato resulta relevante porque tiene una influencia directa en los resultados obtenidos.

Los estudios cuantitativos consultados, reflejan siempre una parecida extracción sociocultural. El trabajo de la Dirección General de la Policía sobre una encuesta a 200 prostitutas españolas, indicaba que el 59% de la muestra estudiada tenía tan sólo estudios primarios y en algunos casos se suponía que no habían sido finalizados (11). En la investigación llevada a cabo por la Fundación Solidaridad Democrática sobre "La prostitución de las mujeres" se encontró que el 86% no había superado los estudios primarios y un 11% eran mujeres analfabetas (12). En el Informe de EDIS de fecha 1974 también se señala el bajo nivel educativo del colectivo de prostitutas analizado, ya que la tercera parte de ellas "no sabía ni leer ni escribir" (13).

El comportamiento sexual de la población de prostitutas puede considerarse muy abierto y avanzado. No podría ser de otro modo, sobre todo comparando los resultados obtenidos para este colectivo con los presentados para la población general. Sin embargo, los datos son bastante espectaculares en sí mismos. Las prostitutas han mantenido relaciones sexuales con un número altísimo de personas distintas. Sólo la décima parte hacen referencia a una cifra igual o inferior a 200. El 40% dice haber tenido relaciones sexuales con más de dos mil personas diferentes,

en promedios de edades, como las señaladas al principio de este capítulo, que oscilaban entre los 22 y 28 años. (tabla 3.1)

En los últimos doce meses, la actividad sexual ha sido también muy elevada. Sólo la cuarta parte ha tenido relaciones sexuales con doscientas o menos personas en este período (tabla 3.2)

Este alto número de personas distintas que mantienen relaciones sexuales con una misma prostituta debe constituir un aviso para la población general, que, como ya se vió, está muy poco sensibilizada frente al SIDA y recurre con mucha frecuencia a la prostitución. La población de "mujeres de la vida" está muy expuesta al contagio y puede convertirse en un propagador de la enfermedad tremendamente poderoso.

Por las características de su actividad profesional, es lógico que casi la totalidad de las prostitutas manifiesten que no encuentran ningún tipo de dificultad, ni fisiológica, ni psicológica para realizar el acto sexual (tabla 3.3).

Junto al elevado número de personas con las que las prostitutas dicen tener relaciones sexuales, existen otros datos relativos a su comportamiento sexual de gran interés para el estudio sobre SIDA. Por ejemplo, son muy pocas (exactamente el 18,25) las prostitutas que rechazan la recepción de la eyaculación oral. Casi ninguna la recibe siempre, pero una amplia mayoría aceptan a menudo o a veces que la realice su compañero sexual circunstancial (tabla 3.4).

Lógicamente, el papel central de la actividad sexual de las prostitutas lo constituye el coito vaginal, dato que es coherente con las preferencias de la población general (tabla 3.5). Menos de la tercera parte rechaza la posibilidad de recibir el coito anal. Sin embargo, la frecuencia no es muy alta, salvo entre las más jóvenes (tabla 3.6). También se recurre a la estimulación bucal de los genitales, práctica que sólo rechaza el 10% de las consultadas (tabla 3.7).

Menos frecuente es que las prostitutas tengan relaciones sexuales con varias personas a la vez. Sólo la mitad lo hacen y muy pocas de ellas a menudo (tabla 3.8). De igual forma, la masturbación cuando se tienen relaciones sexuales es practicada por el 50% de las prostitutas (tabla 3.9).

La población de prostitutas valora en gran medida el hecho de tener pareja estable. La tienen en la actualidad el 37,1% y la han tenido el 45,7%. Las de edad más avanzada son las que manifiestan en mayor medida que no tienen ni han tenido nunca pareja (tabla 3.10). Esta respuesta se estima que está muy próxima a condicionantes actuales de soledad y exclusión. También, la reducción de la demanda de clientes ahuyenta la alternativa de vivir emparejada con un hombre que en realidad se beneficia del ejercicio de su profesión, lo que vulgarmente se entiende por "chulo", quienes comparten las ganancias, a cambio de protección y compañía.

A pesar del carácter profesional de su actividad sexual, las encuestadas se consideran, en general, bastante satisfechas con su sexualidad. La única excepción la constituyen las mayores de 50 años, que expresan indiferencia. Todo ello pone de relieve la aceptación general que las prostitutas manifiestan sobre las prácticas que constituyen el objeto de su actividad profesional. Aunque tengan que mantener relaciones sexuales por razones económicas, sus conductas sexuales son a veces, dentro o fuera de la profesión, fuente de placer suficiente como para conformar un cuadro de satisfacción sexual alto (tabla 3.11)

En suma, las prostitutas mantienen relaciones sexuales con un número muy elevado de personas. El coito vaginal desempeña un papel central, pero están abiertas a otras prácticas, sobre todo a la recepción e ingestión de la eyaculación oral, asimismo, a la penetración y coito rectal. De esto se deduce que su grado de exposición a todas las enfermedades de transmisión sexual en general, y al SIDA en particular, es muy elevado.

36. SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA E HIGIENE SEXUAL DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS

La educación sanitaria y la higiene sexual de las prostitutas parte de unos postulados iniciales y llega, con motivo del SIDA, a unos resultados que pueden considerarse diametralmente opuestos de los de las poblaciones expuestas hasta el momento. Los homosexuales/bisexuales se iniciaban de unos conocimientos sanitarios bastante bajos acerca de la gran mayoría de las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) Sin embargo, a raíz de la propagación de informaciones acerca del SIDA se producía un claro movimiento de sensibilización e implicación. Esto les llevaba a conocer mejor el SIDA que otras enfermedades de transmisión sexual, a informarse a través de folletos y de revistas y manifestarse dispuestos, en algunos casos, a modificar sus pautas de comportamiento en relación a determinadas prácticas de riesgo.

El caso de las prostitutas es diametralmente opuesto. Por razones profesionales, surgen de una preocupación por la higiene sexual bastante superior, aunque insuficiente dado los riesgos contraídos. El conocimiento de las E.T.S. es también elevado. Sin embargo, la difusión de informaciones acerca del SIDA como enfermedad mortal de transmisión sexual no produce una sensibilización tan alta. De ahí que se detecte un bajo nivel de información obtenido generalmente a través de los medios de difusión más masivos o menos especializados. Como consecuencia, la disposición al cambio es menor, y sobre todo más tardía.

Por tanto, el nivel higiénico de la población de prostitutas es relativamente alto, comparado con el de las restantes poblaciones analizadas. Sólo el 6,7% no utilizan nada, si bien este porcentaje se eleva al 15,2% entre las menores de 21 años. Hay que tener en cuenta además que la tercera parte de las consultadas y la mitad de las menores de 21 años se conforman con el lavado después de realizado el acto sexual situación que no garantiza nada, de lo formulado hasta el momento (tabla 3.12).

Una de cada seis mujeres consultadas no pasa ninguna revisión relacionada con el sexo (tabla 3.13). Este dato tiene una lectura positiva, pero también una negativa, considerando, de nuevo, que los riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual son muy elevados y sobre todo, las características especiales del VIH, que puede resultar asintomático durante años, para luego aparecer ya relacionado a la enfermedad. Esto quiere decir, que las prostitutas infectadas sin que lo sepan pueden irradiar y contagiar la infección a los que se expongan sin medidas de prevención.

En la encuesta de la Dirección General de Policía, el 94% de las prostitutas opinaban estar de acuerdo con que el ejercicio de la prostitución debía llevar consigo un control sanitario. Sin embargo, del trabajo realizado por la Fundación Solidaridad Democrática, se desprendía que un 59% de las prostitutas no tenían cobertura sanitaria alguna, pero de las que sí la tenían un 36% manifestó no someterse a ningún tipo de revisión médica por considerarlo innecesario. También resultó que entre las enfermedades que afectan a este colectivo el mayor número de ellas (72%) correspondían a gonococias, sífilis, y otras E.T.S. de variada etiología. (14)

Haciendo un inciso, conviene recordar que en el país vecino, Francia, muy recientemente se ha llevado a cabo un estudio "Investigación-acción prostitución y sanidad pública" con el que se ha vuelto a reabrir el debate suscitado hace poco más de un año por la ex ministra de Sanidad, Michèle Barzach, cuando propuso la reapertura de los burdeles con el fin de contribuir a la lucha contra la extensión del SIDA (publicado en EL PAIS, 12-6-90). La anunciación de tal medida desencadenó fuertes críticas sectoriales, se conoce que un 64% de los franceses opinó estar de acuerdo en que su ejecución ayudaría a controlar la epidemia de SIDA. Pues bien, el citado estudio, calificado de "ejemplar" viene a contradecir con sus conclusiones, la eficacia de la reapertura de las casas de cita y el control sanitario sistemático y obligatorio (15).

En contrapartida a este panorama, Enzo Biagi ofrece las declaraciones de Ludwig Scheidt, propietario de los mejores y más frecuentados prostibulos del barrio de Sant Pauli en Hamburgo, tranquilizando y asegurando a los clientes de la alta burguesía que "todas sus chicas estaban sanas", ya que todas las semanas se sometían a dos controles de enfermedades venéreas, cada cuatro semanas lo hacían a la prueba del VIH y cada seis, a la de la sífilis (16). En realidad, esta actitud se ha adoptado en algunos lugares (Grecia, Austria y el Lnder de Baviera) a través de la elaboración de una normativa sobre prostitución en el bloque de disposiciones sobre VIH/SIDA, donde su corolario ha sido el cribado sistemático y periódico, trimestral, de pruebas de detección de VIH en prostitutas y la prohibición del ejercicio de la actividad para las seropositivas (17).

Siguiendo con los resultados de la encuesta ANYMA se obtuvo que entre las prostitutas españolas el método anticonceptivo más usado es el preservativo (63,8%), seguido de la píldora, que sólo utilizan el 29% de las consultadas. Es insignificante el porcentaje de las que no usan ningún método, dato lógico si consideramos que el embarazo interrumpe necesariamente la actividad profesional (tabla 3.14). Sin embargo, en relación al SIDA, no se debe olvidar que ciertos métodos anticonceptivos no conllevan seguridad y prevención en la transmisión del VIH.

En este punto, se quiso comprobar si las prostitutas que se inyectan heroína tenían o no más inquietudes higiénicas que el resto, dado que este grupo presenta una exposición mayor al SIDA. Los datos relativos a las prostitutas toxicómanas figuran en las tablas que van de 3.15 a la 3.16. En ellas se comprueba que las que se inyectan sustancias no son más higiénicas que el resto, sino al contrario. Naturalmente, los valores absolutos son reducidos y a los porcentajes hay que atribuirles su justo valor. Sin embargo, no deja de ser preocupante que el 13,5% de las que se inyectan heroína y el 17,4% de las que se inyectan cocaína, no utilicen ningún método de higiene cuando, entre las prostitutas no toxicómanas el porcentaje es del orden del 5 por ciento. El 27% de las

que se inyectan heroína no pasa ninguna revisión médica relacionada con el sexo, frente al 12,1% de las restantes. Sin embargo, las toxicómanas exigen ligeramente más el preservativo como método anticonceptivo.

La causa de que la mujer prostituida toxicómana sean menos higiénicas puede residir en el carácter menos profesional de su acercamiento a la prostitución (a veces motivado por las necesidades económicas que la propia droga genera) y también en su mayor juventud. Quizá también al hecho de que no han tenido aún experiencia directa o cercana de contagios producidos por alguna enfermedad de transmisión sexual.

Ya se ha indicado que las prostitutas tienen un conocimiento de las diferente E.T.S. que puede considerarse más elevado que el de las otras poblaciones estudiadas, aunque sea claramente insuficiente teniendo en cuenta el carácter profesional de la actividad sexual del colectivo (18).

Este grupo investigado conoce bien o regular la Sífilis, las Purgaciones, el Herpes Genital, la Sarna y las Verrugas. El grado de conocimiento del SIDA es algo inferior al que manifiestan con respecto al grupo anteriormente citado de enfermedades, si bien algo superior al que dicen tener sobre el Granuloma inginal o el Chancro Blando. En todos los casos, existe un elevado índice de falta de respuestas, que se acerca a la tercera parte de la muestra en todas las enfermedades mencionadas (tablas 3.19 a 3.26). Estos datos, si bien se trata tan sólo de indicadores de información y educación sanitaria entre prostitutas tienen bastante relación con el SIDA, ya que, aunque no se dispone de casuística suficientemente fiables, recientemente se ha venido postulando que la alta tasa de transmisión heterosexual en los países de Africa Central se correlaciona con la alta incidencia y prevalencia de ETS, esto se explicaría por la presencia de úlceras genitales causadas por infecciones sexuales y que posteriormente facilitan la transmisión y/o la recepción del VIH (19).

La televisión ha sido el medio de comunicación utilizado por la mitad de las prostitutas consultadas para informarse preferentemente sobre el SIDA. Las mayores de 50 años han usado casi exclusivamente la televisión o la radio. Sólo el 10% del total recurrió a folletos informativos (tabla 3.27). Todo esto pone de relieve un escaso interés por recurrir a algún medio que proporcione información especializada acerca del SIDA.

La muerte de Rock Hudson impactó bastante a las prostitutas, si bien lo que más les influye son los datos cualitativos referentes a las poblaciones con mayor nivel de exposición o al carácter también heterosexual de la enfermedad. Asimismo, se observa una alta preocupación por el colectivo bisexual, entre sus dientes ya que se piensa que pueden ser usuarios de la prostitución masculina y femenina.

El grado de información que las prostitutas creen poseer acerca del SIDA es medio o bajo (tabla 3.34). Este dato no es coherente con el que se obtuvo acerca del conocimiento general que decían poseer acerca de diferentes E.T.S. entre ellas el SIDA (tabla 3.25). Entonces, las prostitutas manifestaron conocer algo mejor el SIDA, si bien el nivel de conocimiento era inferior al de la mayoría de las enfermedades sobre las que fueron preguntadas. Probablemente en aquella ocasión querían mostrar diversificación de conocimientos.

Las prostitutas que se inyectan heroína parecen saber un poco mejor la problemática del SIDA, sin que las diferencias puedan considerarse muy significativas (tabla 3.35).

En lo referente al conocimiento objetivo sobre las vías de transmisión de la enfermedad, la población de prostitutas no presenta diferencias notables con el resto de las poblaciones estudiadas. La mayoría maneja datos correctos, si bien hay importantes porcentajes de consultadas que tienen ignorancias puntuales dignas de mención. Por ejemplo, la cuarta parte desconoce si el SIDA se transmite por medio de besos o piensa que sí se transmite por esta vía. Idéntico porcentaje ignora o malinterpreta

las propiedades transmisoras del acto sexual heterosexual (tablas 3.36 a 3.44). Esta situación revela una necesidad urgente de información y educación en este colectivo.

En definitiva, las prostitutas, que por razones profesionales se supone algo mejor informadas sobre las E.T.S. y cuya higiene sexual es algo mejor que la de otras poblaciones, parecen poco sensibilizadas ante el SIDA como fenómeno nuevo y cualitativamente diferente por sus efectos. De ahí que se conformen con las informaciones a las que tiene acceso el público general, sin interesarse por adquirir nuevos datos a través de medios más especializados. Por ello, sus conocimientos presentan lagunas y sus métodos resultan, a la luz de los riesgos contraídos, bastante insuficientes. Todo esto hace que, haya que asumir la prostitución sin hipocresías, desarrollando campañas específicas para este grupo y hacerlas extensivas para los usuarios para facilitar el acceso a la modificación de hábitos de riesgo.

37. LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:
PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO

El comportamiento sexual de las prostitutas se caracteriza como ya se vió en el apartado correspondiente, por el elevado número de personas con las que tienen contactos sexuales y por la extremada variedad de sus prácticas sexuales, que van desde el coito vaginal hasta el coito anal, pasando por la recepción de la eyaculación oral.

En la tabla 3.45 se observa que sólo la quinta parte de las prostitutas asegura que nunca han ingerido semen. Son numerosas las que dijeron hacerlo siempre que quieren, siempre que les apetece o siempre que se lo han propuesto. La práctica la realizan con una frecuencia especialmente alta las prostitutas menores de 21 años.

Desde el punto de vista del riesgo, el dato más interesante es el siguiente: las que se inyectan heroína ingieren semen con más frecuencia que las que no se inyectan. El 59,5% de las prostitutas heroínómanas ingieren esperma siempre que quieren, siempre que les apetece o siempre que se lo proponen. Dentro de este colectivo UDVP sólo el 13,5% no ingiere espermatozoides nunca. En buena medida, la causa de esto reside en la juventud de las prostitutas toxicómanas. Sea como fuere, las consecuencias son claras: las prostitutas que se inyectan tienen una mayor exposición al contagio no sólo debido a los factores inherentes al propio consumo de drogas (por ejemplo, las condiciones en las que se "pican"), sino también por la mayor frecuencia con la que recurren a las prácticas de riesgo específicamente sexuales (tabla 3.46).

Por último, a pesar de que las prostitutas aceptan mayoritariamente recibir el coito anal, son minoría las que han observado después de realizar el acto sexual algún traumatismo en el que se haya producido sangre (tabla 3.47).

No debe olvidarse que la prostitución constituye una práctica de riesgo en sí misma. Los datos aportados aquí, especialmente los relativos a la ingestión de semen, sólo constituyen factores nuevos, que se añaden al anteriormente citado.

Se han realizado bastantes estudios de prevalencia de infección por VIH entre prostitutas (20). Los resultados indican que hay variaciones entre el 1% (1 de 98 prostitutas) en Accra, Ghana (21), y el 88% (29 de 33 prostitutas) de Ngoma, Rwanda (22). Es necesario señalar que mientras en la Africa Central y Subsahariana el principal factor de riesgo es la transmisión heterosexual y es donde se dan las tasas más altas de infección por VIH entre prostitutas, en EE.UU. y Europa, los resultados difieren, sobre todo, en función del lugar donde el uso de drogas es común entre las prostitutas.

38. DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD:

OPINIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS

Las prostitutas, en tanto que grupo socialmente marginado, se alinean con las posiciones de defensa de los restantes comportamiento marginales, si bien lo hacen con bastante menor determinación de lo que lo hacían los homosexuales/bisexuales.

En lo que no tienen dudas de ningún tipo es en lo referente a la necesidad de proporcionar un status legal a su práctica profesional. Casi la totalidad de las consultadas defienden la legalización de las prostitución (tabla 3.48). Se conoce alguna asociación y corriente reivindicativa, no consultadas para este trabajo, que opinan lo contrario. Pero, se trata de de un colectivo muy específico que, difícilmente pueda imaginarse como representativo de las prostitutas españolas, exceptuando el propio comité o asociación, por cierto nada representativo en España.

También es abrumadoramente mayoritaria la defensa del aborto en el caso de que la mujer embarazada sea portadora del VIH, con lo que el feto corre el riesgo de ser portador de la enfermedad. Las tres cuartas partes de las consultadas son partidarias del aborto con independencia del número de meses del embarazo (tabla 3.49).

Sin embargo, en otras cuestiones las opiniones son parecidas a las de la población general. En concreto, llama la atención el reparto equitativo de respuestas en lo relativo a la definición de la normalidad sexual. Cerca de la mitad de las consultadas opinan que sólo las relaciones sexuales entre hombres y mujeres son normales (tabla 3.50). No obstante, formulada la pregunta de manera distinta, el 58,1% creen que todas las formas sexuales son normales (tabla 3.51).

A pesar de las dudas e indecisiones de las prostitutas sobre lo que es o no normal en el plano sexual, aspecto que puede estar relacionado con su bajo nivel educativo, una amplia mayoría se opone a utilizar calificati-

vos estigmatizadores sobre la población homosexual/bisexual. Se niegan a considerarlos enfermos o degenerados (tablas 3.52 y 3.53). No creen que los desviados vayan a ser castigados por Dios (tabla 3.54) ni que haya que tratar de curarlos (tabla 3.55).

El bajo nivel de estudios de la población de prostitutas y la escasa sensibilización que manifiestan hacia la problemática del SIDA se pone de relieve en el juicio que les merece la labor preventiva de la serie de instituciones y grupos que se les presentaron en el cuestionario. En general, predominan las faltas de respuesta, que suponen, como media, el 40% del total. Cuando dan sus opiniones, las prostitutas manifiestan poco espíritu crítico. Las diferentes instituciones les merecen un juicio bueno o regular, de una forma bastante uniforme. En este caso se encuentran el Ministerio de Sanidad y Consumo, las Comunidades Autónomas, los Centros de Desintoxicación y los Ayuntamientos. El mayor desconocimiento y la peor opinión (regular) la manifiestan hacia la labor de los Comités Anti-SIDA (tablas 3.56 a 3.60). Debe tenerse en cuenta que estos Comités apenas han tomado contacto con la prostitución femenina. Los líderes de los Comités y Comisiones Anti-SIDA son mayoritariamente homosexuales, este puede haber sido el motivo de la dificultad de acceso, comunicación y participación de las prostitutas en las actividades que se desarrollan en estas asociaciones de ámbito ciudadano.

En este punto, el contraste entre las poblaciones expuestas de homosexuales/bisexuales y prostitutas es bastante claro. Los primeros son críticos y su mejor opinión va dirigida hacia los Comités Anti-SIDA. Las segundas no se pronuncian o lo hacen de forma favorable, reservando para los Comités su peor opinión. El nivel de información sobre la enfermedad es el dato clave para comprender el juicio que los citados Comités merecen. Ya se tuvo ocasión de ver que, para la población general, ocurría lo mismo.

Las prostitutas, al igual que las restantes poblaciones, desconfían de las versiones ofrecidas y sospechan, que la Administración Pública oculta parte de la verdad para no crear pánico. Sin embargo, el porcentaje más alto vuelve a ser en este caso para las que no se pronuncian (tabla 3.61).

La opinión del colectivo de prostitutas, sobre la efectividad de las diferentes vías para salir de la droga, es especialmente interesante dado el alto porcentaje de toxicómanas que existe entre ellas. Sin embargo, también en este punto hay índices altos de faltas de respuestas. La mitad no se pronuncia sobre la utilidad que a este respecto puedan mostrar Cáritas o el Proyecto Hombre. La mejor opinión se manifiesta sobre las Granjas, seguidas de los hospitales. Las restantes vías se consideran poco efectivas para abandonar las toxicomanías (tabla 3.62 a 3.68).

Todas las posibilidades planteadas en el cuestionario en cuanto a la infección por el virus del SIDA y a los toxicómanos son aceptadas por las prostitutas: la distribución gratuita de preservativos, de jeringas y agujas, las máquinas automáticas de agujas y jeringas, la provisión de las mismas en las cárceles, la distribución de preservativos en los centros penitenciarios, el control sanguíneo, el tratamiento médico permanente y los tratamientos psiquiátrico y psicológico, (tablas 3.69 a 3.77). En suma, se detecta una clara sensibilidad hacia la problemática de las toxicomanías, motivado sin duda por la existencia de experiencias cercanas. Este interés no se ve coartado por reservas de tipo ideológico, como se constató en la población general.

Es digno de mención el hecho de que sólo una cuarta parte de las entrevistadas no sean partidarias de ninguna forma de distribución de estupefacientes. También es cierto que sólo el 17,6% son partidarias de la venta libre. La opinión más aceptada es la de aquéllos que proponen una distribución limitada, bajo control médico, para UDVP (tabla 3.78).

En las Jornadas sobre Prostitución y SIDA celebradas en Madrid en 1989, los datos que se barajaron sobre incidencia del VIH dentro del colectivo de prostitutas usuarias de drogas por vía intravenosa, fué de que un 70% de ellas se encuentran ya infectadas por el SIDA (23). El Instituto de Salud "Carlos III" en un estudio sobre prostitución en España, presentado en la VII Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Florencia, en Junio de 1991, manifestó que la drogadicción es el mayor factor de riesgo que tienen las prostitutas, de tal forma que, "una prostituta que consuma heroína posee una probabilidad veintisiete veces y media mayor de adquirir el virus que alguien que no consuma drogas". Por otra parte, el cálculo de la capacidad potencial que tiene una prostituta de contagiar el SIDA en cinco años, es de llegar a infectar a 20 hombres en este período de tiempo (24). Si se piensa en el efecto multiplicador de esta situación en otras mujeres y hombres alejados de la prostitución, además de posible contagio materno-filial a través de las mujeres infectadas, el panorama se dibuja, sin lugar a dudas, sobrecogedor (*1).

En este sentido, resulta positivo que el 71,9% de esta población de riesgo sean partidarias de hacerse la prueba del SIDA. Sin embargo, entre las mayores de 50 años, este porcentaje baja al 42,9%. En cualquier caso, no deja de resultar interesante las pocas reservas que las poblaciones expuestas oponen a prestarse a cualquier tipo de prueba que permita conocer su posible contacto con el virus. Esto puede poner de

(*1) En el referido estudio realizado por el Instituto de Salud "Carlos III", ampliamente difundido en una publicación semanal de corte sensacionalista, INTERVIU, Junio 1991, se recogen los datos que de una muestra sobre ciento cincuenta y un clientes españoles de prostitutas arrojó un resultado de veinticinco casos de SIDA. Sobre prostitutas, la muestra fué de 1.096 mujeres españolas prostituidas y el grado de incidencia de VIH varía según provincias (en algunas, se sitúa próximo al 60%). El 86% de las consultadas para el muestreo manifestaron haber estado embarazadas alguna vez. Este dato es muy importante por su correspondencia con el porcentaje algo inferior al 5% del total de casos de SIDA en España, situación realmente controvertida en cuanto a diferencia casuística, por lo que se tendrá que continuar investigando.

relieve también una escasa consciencia de las posibilidades de ser asintomática y poseedora de anticuerpos. A la inversa, puede revelar el poco miedo que manifiestan a ser estigmatizadas como "sidosas" (tabla 3.79).

39. CONTRADICCION O INFLEXION: CAMBIO DE LOS HABITOS SEXUALES DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS CON MOTIVO DEL SIDA

Los datos que se han ido aportando acerca de la escasa sensibilización que las prostitutas muestran con respecto al fenómeno del SIDA se confirman al analizar sus respuestas relativas al cambio de sus hábitos sexuales. Aún cuando la mitad de las consultadas manifiesta que el SIDA ha cambiado su vida sexual (tabla 3.80), en las preguntas relativas a prácticas específicas, se detecta un cierto conformismo.

Según declaraciones de Margo Saint-James, Presidenta del Comité Internacional Pro Derechos de las Prostitutas, realizadas durante las Jornadas sobre Prostitución y SIDA celebradas en Madrid en Abril de 1989, el colectivo al que representa empieza a sensibilizarse ante la llamada "peste del siglo XX", las mujeres que ejercen la prostitución comienzan a tomar medidas higiénico-sanitarias, pero son, sin embargo, los usuarios quienes se resisten a utilizar métodos de prevención como el preservativo. Sin lugar a dudas, éste será un factor a tener en cuenta a la hora de explicar la dificultad para eliminar o modificar las conductas de riesgo que ejerce este colectivo.

Dentro del conjunto de las que responden afirmativamente sobre el efecto del SIDA en su vida sexual, las prostitutas concretan que el cambio se ha producido en ellas en lo relativo al uso de preservativos (29,2%); no tener relaciones sexuales con desconocidos que resulten sospechoso de estar infectados de SIDA (17,9%) y en la mayor higiene y precaución en sus relaciones sexuales (28,3%) (tabla 3.81). Varios estudios europeos concluyen, respecto al uso de preservativos, que cada vez son más usados entre las prostitutas, si bien, de ninguna manera se ha convertido en una exigencia sistemática frente al usuario de la prostitución (25).

Sin embargo, en general el SIDA no ha aumentado las dificultades para ligar (tabla 3.82), ni constituye un obstáculo para mantener relaciones sexuales con varias personas a la vez (tabla 3.83), con extranjeros

(tabla 3,84), o con heroinómanos (tabla 3,85). Tampoco se ha visto afectado el contacto anal, especialmente entre las más jóvenes (tabla 3,86). Las prostitutas no han dejado de ingerir semen, cuestión que afecta poco sobre todo a las menores de 21 años (tabla 3,87). Igualmente, siguen haciendo el amor con desconocidos y mantienen idéntico número de contactos sexuales con personas diferentes (tablas 3.88 y 3.90). El mayor cambio se produce en la exigencia del preservativo (tabla 3.89).

El paradigma se complejiza al observar que ni una mejor información, ni la existencia de amigos o familiares enfermos del SIDA tiene ningún efecto sobre el cambio de los hábitos sexuales. Esto puede resultar en algún punto comprensible en determinados casos (la no selección o rechazo abierto a cierto tipo de clientes). Sin embargo, la práctica en la que se ha producido el mayor cambio -la exigencia del profiláctico- tampoco se ha visto afectada por los factores anteriormente citados. En efecto, en la tabla 3.91 se observa que las que han cambiado y las que no lo han hecho en relación con la exigencia del preservativo, presenta niveles de información semejantes. Por otra parte, en la tabla 3.92 puede comprobarse que el conocimiento de algún familiar o amigo enfermo de SIDA apenas tiene efecto sobre el cambio en dicha práctica.

Esto pone de relieve que, a diferencia de lo que ocurría con la población de homosexuales/bisexuales, una mejor información o un contacto directo con enfermos no tiene un efecto inmediato sobre el grado de sensibilización. Parece ser que una mayor extensión de la enfermedad no va a provocar un cambio automático en las prácticas. En este colectivo hay condicionamientos educativos y de necesidad económica que constituyen obstáculos difícilmente superables. De ahí que estos aspectos merecerían una atención prioritaria en tareas y políticas de prevención.

Estos datos, son especialmente graves porque ponen de relieve que una excelente campaña informativa centrada exclusivamente en los aspectos higiénicos-sanitarios, sería insuficiente para cambiar conductas y hábitos. Hay determinados condicionantes estructurales, de tipo social y

cultural, que inciden especialmente sobre la población de prostitutas, que actúan como factores de resistencia a la alteración profesional. Un acercamiento puramente educativo-médico-sanitario de la cuestión SIDA conduciría, en este caso, al fracaso.

40. CONDUCTAS DE ADICCION Y CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS

La asociación de conductas de adicción con la práctica de la prostitución tampoco supone una absoluta novedad de estos últimos años. Según G. Guillaín, ya en 1912 la mitad de las prostitutas de Montmartre eran cocainómanas (26). En la presente investigación, ya se ha anticipado en apartado anterior que un importante porcentaje de población de prostitutas son UDVP. Por esta razón se hace necesario ver las conductas de adicción de este subcolectivo por la relación que las mismas presentan con el riesgo de contraer la enfermedad.

Más de la cuarta parte de las prostitutas de las consultadas para el estudio ANYMA han probado alguna vez la heroína (tabla 3.93). Cerca de la mitad han probado la cocaína (tabla 3.94). Otras sustancias presentan porcentajes igualmente altos: anfetaminas el 35,7%; hachís, grifa o marihuana, el 58,1%; ácidos, el 27,6%; barbitúricos, el 31,4%; inhalantes, el 14,8%; alcohol fuerte, el 88,6%; tabaco, el 91,9%; y popper, el 14,8% (tablas 3.95 a 3.103)

Las cifras son muy altas para todas las sustancias de todos los tipos. Ello muestra que las drogas están muy presentes en su vida diaria. Naturalmente, los datos anteriores se refieren al hecho de haber probado las sustancias citadas y no a su consumo habitual. En lo referente a la usuaria permanente, las cifras son lógicamente inferiores. Sólo el 38,3% de las que dicen haber probado la heroína la consumen a diario, y un 16,7% lo hacen a veces (tabla 3.104). De la misma forma, sólo el 8,5% de las que han probado la cocaína la utilizan diariamente, si bien lo hacen a veces el 31,9% (tabla 3.105).

Desde el punto de vista del SIDA, lo más importante es conocer la información referida a la inyección de sustancias. Un 17,6% de las prostitutas consultadas se inyectan por vía intravenosa heroína y un 11% cocaína (tablas 3.106 y 3.107). A estas cifras, realmente altas, se

añade que la cantidad que se inyectan es igualmente notable. El 35% de la heroínómanas se inyectan 1/2 gramos al día, y un 12,5% una cantidad incluso superior, en algunos casos hasta dos o más gramos al día (tabla 3.105). Las cantidades en las que se administran cocaína son inferiores, generalmente entre un gramo y medio gramos por semana (tabla 3.109), lo que induce a pensar, que son usuarias de ambas drogas. Puede apreciarse de esta forma que casi todas las prostitutas que se inyectan alguna sustancia distinta de la heroína son consumidoras también de esta droga. Por ejemplo, son heroínómanas el 87% de las que se inyectan cocaína (tabla 3.1109, la totalidad de las que se inyectan metadona (tabla 3.111), codeína (tabla 3.112) o analgésicos (tabla 3.113) y el 80% de las que se inyectan ácidos (tabla 3.114). Los resultados de la encuesta ANYMA indican que las prostitutas UDVP, se inoculan en unas condiciones extremadamente higiénicas. Sólo el 10% dicen hacerlo de cualquier manera. Hay un 7,5% que recurren a la aguja y jeringa de su colega circunstancial o a las ya utilizadas por decenas de personas. El 70% compra aguja y jeringa en la farmacia. El 42,5% dice que esteriliza el material. Más adelante, en las preguntas filtro o de control, se verá que existen algunas contradicciones en estas manifestaciones (tabla 3.115).

Todas las investigaciones sobre seroprevalencia de la infección por VIH en prostitutas coinciden en que la adicción a drogas por vía parenteral es el factor de riesgo más relevante en la extensión de la epidemia en este grupo. En lo que se refiere a la situación en España, Pilar Estébanez, en la revisión que realiza sobre este tema, desde 1985 a 1989, ha resumido los resultados en el cuadro que se expone a continuación (27):

Prostitución y VIH
Número de prostitutas testadas para VIH según distribución geográfica
y número de ADVP

Lugar	Fecha	N	N	HIV + %	N	ADVP %
Madrid	86-88	246	64	26	94	38
Valencia	86-88	216	20	9	25	12
Oviedo	86-88	705	45	6	70	10
Sevilla	85-88	70	6	9	11	15
Bilbao	86-87	181	19	10	31	17
Zaragoza	87-88	129	4	3	5	4
Cuenca	87	100	12	12	20	20
Barcelona-Tortosa	88	75	8	11	5	6
Vigo	88	37	2	5,4	2	5,4
Alicante	88	250	10	4	25	10
Castilla-León	88-89	163	14	9	3	1,8
TOTAL	85-88	2 172	204	9,3	291	14

Recogidos por: C. Colomo, F. Dru (Madrid); J. Vilata (Valencia); V. Palacios (Oviedo); M. Leal (Sevilla); A. Alallo (Bilbao); L. Gascón (Zaragoza); P. Rodríguez (Cuenca); J. Casabona (Barcelona); E. Fernández (Alicante); J. R. Larrañaga (Vigo); R. Ortiz de Lejarazu (Castilla-León).

41. CAMBIOS DE LAS CONDUCTAS DE ADICCION DE LA POBLACION DE PROSTITUTAS CON MOTIVO DEL SIDA

Si las prostitutas en general, se muestran poco propicias al cambio en sus hábitos sexuales, de igual forma, las prostitutas toxicómanas son reacias a modificar sus conductas de adicción por el mismo motivo. Este punto de vista lo manifiestan sin reservas de ningún tipo, las dos terceras partes de las prostitutas que se inyectan (tabla 3.116).

Si se desciende a puntos concretos, se declara que, por motivo del SIDA no se pican menos (tabla 3.117); siguen compartiendo aguja y jeringuilla (tabla 3.118), aun cuando esterilizan el material (tabla 3.119) y compran la aguja cada vez que se inyectan (tabla 3.120).

Existe una contradicción muy clara en las respuestas. Las prostitutas que se inyectan comparten un material que dicen comprar en farmacias cada vez que se "pican" e incluso esterilizarlo. Es difícil entender el sentido de este "puzzle" de contestaciones. Es probable que haya la sensibilidad suficiente como para comprender que las agujas deben comprarse en farmacias cada vez que se usan, o que, en el caso de que esto no sea posible, debe procederse a esterilizarlas. Sin embargo, puede que la conciencia del riesgo no sea tan fuerte como para que, a pesar de este conocimiento sobre la práctica higiénica correcta, no se planteen inconvenientes en aquellos casos en los que se requiera el uso del material perteneciente a otra persona, cuando no sea viable obtenerlo de otra manera.

Las prostitutas toxicómanas no se sienten aterrorizadas por el SIDA, pero sí amordazadas e impedidas para cambiar por culpa del "mono" (tabla 3.121), aunque ciertamente sean minoría las que, a raíz de la aparición del SIDA, se "pinchan" ahora más que nunca, en una especie de sentimiento y actitud masoquista y suicida, que merece tenerse en consideración (tabla 3.122).

En general, no se detecta un ambiente de extrapolación de hábitos por miedo al SIDA que imponga su presión sobre el sujeto particular. Son pocas las prostitutas cuyos amigos/as han decidido cambiar. A lo sumo saben de alguno/a que ha variado su conducta, si bien son más los que lo intentan y no pueden (tabla 3.123).

Es frecuente entre las prostitutas UDVP, como en el resto de los toxicómanos, el intento fallido de desengancharse. Sólo la cuarta parte no lo ha intentado nunca. La mayoría lo ha hecho de una a cinco veces. Otra cuarta parte lo ha intentado más de seis veces, pero siempre ha vuelto de nuevo al mundo de la droga, a las situaciones marginales y anomia social permanente (tabla 3.124).

El intento de abandonar la droga constituye algo que ya es consustancial a la cultura de las poblaciones toxicómanas y no tiene una relación directa con el SIDA. De ahí que sea muy difícil valorar en qué medida la difusión de informaciones acerca de esta enfermedad tiene un efecto directo sobre el cambio de las conductas de adicción. Hasta ahora el efecto ha sido mínimo pues al ritual del desenganche sigue siempre la vuelta a la droga, como si existiese una fuerza superior (la adicción) incontrolable y capaz de imponerse a cualquier deseo personal y, desde luego, al simple miedo al SIDA.

B I B L I O G R A F I A

1. Ana Santamaría; Balti Martínez Toledano; María Espinosa (1988) LA PROSTITUCION DE LAS MUJERES Fundación Solidaridad Democrática. Instituto de la Mujer, Bilbao.
2. Santamaría, Martínez Toledano, Espinosa, op. cit. p. 12
3. Luis Rodríguez Ramos; Fco. Javier Álvarez García, Pilar Gómez Pavón (1988), LA JUSTICIA ANTE LA LIBERTAD SEXUAL DE LAS MUJERES Instituto de la Mujer. Madrid, p. 9
4. Manuel Rico Lara (1983) LA ETICA DE LA VIOLENCIA ANTE LOS MARGINADOS Derechos Humanos, Madrid, p. 19
5. Santamaría et al. (1988) op. cit., 22
6. Jeanne Peiffer CAUSAS DE LA PROSTITUCION Y ESTRATEGIAS CONTRA EL PROXENETISMO, fueron recogidas y publicadas por el Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura, Madrid.
7. Patrick Braun (1981) "LES GOSSES DU DESESPoir" Ed. Mercure de France, Paris
8. Santamaría et al., op. cit. p. 63
9. VV.AA. (1977) REVISTA COMENTARIO SOCIOLOGICO T. 5 nº 19-20. Comentario sobre el informe psico-sociológico realizado sobre los problemas de las prostitutas, elaborado en 1974 por el Departamento de Investigación Social (DIS) de Fomento Social.

10. Dirección General de la Policía. Comisaría General de la Policía, "LA PROSTITUCION EN ESPAÑA" op. cit. pp. 71-74
11. Dirección General de la Policía. op. cit. p. 60
12. Santamaría et al. op. cit., p. 63
13. Revista Comentario Sociológico, T.5 nº 19-20 (julio-diciembre 1977) p. 623
14. Santamaría et al. op. cit., p. 52
15. Esther Ferrer (1991) LA PROSTITUCION Y EL SIDA EN FRANCIA, UN OBJETO DE UN ESTUDIO EJEMPLAR en Revista JANO, pp. 15-21 febrero 1991. Vol XL. nº 939.
16. Enzo Biagi (1988) UN SOL MALIGNO: SIDA Ed. Mondadori, Madrid, p. 70
17. Gerardo Clavero González (1991) TENDENCIAS SOBRE PREVENCIÓN NORMATIVA EN VIH/SIDA, Conferencia de Clausura del Seminario "SIDA. Un desafío para la comunidad" celebrada del 2-6 de Septiembre en la Universidad del País Vasco. (Publicación de Ponencias: en prensa)
18. Pilar Estébanez (1990) "Prostitución y SIDA" en Rafael Nájera, SIDA: DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD, Ed. Eudema, Madrid, p. 343.
19. Cf. Padian NS (1988) PROSTITUTE WOMEN AND AIDS: EPIDEMIOLOGY, AIDS (Editorial review) 2; 413-419

Plummer F, Cameron W, Simonsen N., et al. (1988) CO-FACTORS IN MALE-FEMALE TRANSMISSION OF HIV. IV Conferencia Internacional sobre SIDA, Estocolmo

Pepin J, Dunn D., Gaye I., et al. (1991) HIV-2 INFECTION AMONG PROSTITUTES WORKING IN THE GAMBIA: ASSOCIATION WITH SEROLOGICAL EVIDENCE OF GENITAL ULCER DISEASES AND WITH GENERALIZED LYMPHADENOPATHY. AIDS; 5:69-75
20. Cf. P. Van de Perre, N. Clumeck, M. Carael (1985) FEMALE PROSTITUTES: A RISK GROUP FOR INFECTION WITH HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III, Lancet 2: 524-527

Barton SE, Underhill GS, Gilchrist C. et al. (1985) HTLV-III ANTIBODY IN PROSTITUTES, Lancet; 2:1424

Hernández Aguado I, Fernández García E., García de la Her M. (1991) "Incidencia y prevalencia de la infección por VIH en prostitutas" en I CONGRESO NACIONAL SOBRE EL SIDA, 5-8 Marzo de 1991,

Singh YN, Malaviya AN, Tripathy SP et al (1990) HIV SEROSURVEILLANCE AMONG PROSTITUTES AND PATIENTS FROM A SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES CLINIC IN DELHI, INDIA. Journal of Acquired Immune deficiency Syndromes; 3:287-289

Pilar Estébanez y Rafael Nájera (1991) EL SIDA Y LA MUJER, Revista SEISIDA, vol. 2 nº1; pp. 1-6 y 49-53. Madrid.

21. Neequaye AR, Neequaye J., Mingle JA, Ofori Adjem D. (1986) PREPONDERANCE OF FEMALES WITH AIDS IN GHANA (letter). Lancet Oct. 25; 978. Citado en P. Estébanez y R. Nájera op. cit., p. 6
22. Van de Perre P., Caraël M., Robert-Guroff M., et al. (1985) FEMALE PROSTITUTES: A RISK GROUP FOR INFECTION WITH HUMAN T-CELL LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III. Lancet, Sep 7; 524-427. Citado en P. Estébanez y R. Nájera, op. cit., p. 6
23. Jornadas sobre "Prostitución y SIDA" (1989) en el Suplemento mensual de Villa de Madrid "SALUD PARA MADRID", editado por el Area de Sanidad y Consumo, número 7, Mayo.
24. Publicación en EL PAIS (15-4-1989)
25. Cf. Smith GL, Smith Kf., (1987) AUSENCIA DE INFECCION POR EL VIH Y UTILIZACION DE PRESERVATIVOS EN PROSTITUTAS LEGALIZADAS, Revista Lancet 10 (4): 300-301
Hooykaas C., Van der Pligt J, Van Doornum G. et al. (1989) HETEROSEXUAL AT RISK FOR HIV: DIFFERENCES BETWEEN PRIVATE AND COMMERCIAL PARTNERS IN SEXUAL BEHAVIOUR AND CONDOM USE. AIDS; 3(8): 525-532
26. G. Guillain (1914) JOURNAL MEDICINE FRANÇAISE, 15, VI. Citado en G. Varenne, op. cit. p. 384
27. Pilar Estébanez (1990) "Prostitución y SIDA" en Rafael Nájera SIDA. DE LA BIOMEDICINA A LA SOCIEDAD" Ed. EUDOMA, Madrid, p. 347

A N E X O VI

CUADROS DE VARIABLES

POBLACION DE PROSTITUTAS

Cuadro 1

P O B L A C I O N E X P U E S T A			
PROSTITUTAS			
VARIABLES SOCIO- DEMOGRAFICAS Y FAMILIARES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
SEXO	HOMBRE	1	0,5
	MUJER	209	99,5
		N=210	100,0
EDAD	14-18 AÑOS	6	2,9
	19-21 AÑOS	27	12,9
	22-28 AÑOS	69	32,9
	29-38 AÑOS	52	24,8
	39-50 AÑOS	35	16,7
	51-65 AÑOS	17	8,1
	+ 65 AÑOS	4	1,9
		N=210	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	98	46,7
	CASADO	16	7,6
	VIUDO	14	6,7
	DIVORCIADO/SEPARADO	52	24,8
	VIVE CON PAREJA HETEROS.	25	11,9
	VIVE CON PAREJA HOMOSEX.	3	1,4
	NS/NC	2	1,0
		N=210	100,0
NUMERO HIJOS	NINGUNO	101	48,1
	UNO	63	30,0
	DOS	31	14,8
	TRES	9	4,3
	CUATRO	1	0,5
	MAS DE CUATRO	3	1,4
	NS/NC	2	1,0
		N=210	100,0
VIVE CON...	FAMILIA	26	12,4
	AMIGOS	21	10,0
	PAREJA	56	26,7
	SOLO	85	40,5
	VIVO EN LA CALLE	3	1,4
	OTROS	15	7,1
	NS/NC	4	1,9
		N=210	100,0
TAMAÑO MUNICIPIO	100-250 MIL HABITANTES	10	4,8
	+ 500 MIL HABITANTES	200	95,2
		N=210	100,0

Cuadro 2

P O B L A C I O N E X P U E S T A			
PROSTITUTAS			
VARIABLES OCUPACIONALES Y SOCIOLABORALES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
OCUPACION	AMA DE CASA	7	3,3
	ESTUDIANTE	1	0,5
	ASALAR. TIEMPO COMPLETO	3	1,4
	ASALAR. TIEMPO PARCIAL	7	3,3
	AUTONOMO	185	88,1
	EMPRESARIO	1	0,5
	PARADO	6	2,9
		N=210	100,0
PROFESION	AMA DE CASA	11	5,2
	ESTUDIANTE	3	1,4
	OBRAERO-EMPLEADO	6	2,9
	TECNICO GRADO SUPERIOR	2	1,0
	AUTONOMO/EMPRESARIO	187	89,0
	NS/NC	1	0,5
		N=210	100,0

Cuadro 3

P O B L A C I O N E X P U E S T A			
PROSTITUTAS			
NIVEL DE ESTUDIOS	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
	NO TIENE ESTUDIOS	32	15,2
	ESTUDIOS PRIMARIOS	113	53,8
	EGB/BACHILLER ELEMENTAL	45	21,4
	BUP/BACHILLER SUPERIOR	10	4,8
	ESTUDIOS MEDIOS	3	1,4
	ESTUD. UNIVERSITARIOS	1	0,5
	NS/NC	6	2,9
		N=210	100,0

Cuadro 4

PROSTITUTAS		
NIVEL DE CREENCIA Y PRACTICA RELIGIOSA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NO CREE EN DIOS	52	24,8
CREE EN DIOS,PERO NO PRACTICA	96	45,7
CATOLICO PRACTICANTE	15	7,1
CATOLICO NO PRACTICA	29	13,8
CRISTIANO, PERO NO CATOLICO	5	2,4
DE OTRA RELIGION	5	2,4
NS/NC	8	3,8
	N=210	100,0

Cuadro 5

PROSTITUTAS		
POSICION IDEOLOGICA SUBJETIVA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NS/NC 0	116	55,2
IZQUIERDA 1	4	1,9
2	4	1,9
3	22	10,5
4	20	9,5
5	23	11,0
6	12	5,7
7	7	3,3
DERECHA 8	2	1,0
	N= 210	100,0

Cuadro 6

POBLACION EXPUESTA		
PROSTITUTAS		
PROVINCIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
BARCELONA	92	43,8
MADRID	79	37,6
OVEDO	10	4,8
SEVILLA	1	0,5
VALENCIA	23	11,0
ZARAGOZA	5	2,4
	N=210	100,0
AUTONOMIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
ANDALUCIA	1	0,5
ARAGON	5	2,4
ASTURIAS	10	4,8
CATALUNA	92	43,8
COMUN. VALENCIANA	23	11,0
MADRID	79	37,6
	N=210	100,0

ANALISIS CUANTITATIVO

POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVP

POBLACION EXPUESTA DE TOXICOMANOS

42. INTRODUCCION A LA PROBLEMÁTICA DE LAS TOXICOMANIAS

El más breve bosquejo de revisión histórica sobre la problemática del "uso y abuso" de las drogas denuncia el carácter profano de proposiciones que ven el fenómeno de las drogodependencias en nuestra sociedad como novedoso (1).

La utilización de sustancias por parte del hombre como deseo de evadir la realidad que le rodea y transformarla momentáneamente en algo gratificante a nivel individual, ha tenido siempre un valor concreto en el marco de cada sociedad y dentro de un tiempo histórico determinado por variables de diversa índole psicosocial, pero predominantemente las intimamente ligadas a la producción económica y a la estructura sociocultural del momento.

Las numerosas referencias bibliográficas en la literatura, mitología, medicina, prácticas ceremoniales y religión, de sociedades muy diferentes y distantes geográfica y culturalmente hablando, muestran que el uso de ingredientes que obnubilan la consciencia del hombre, se remonta a tiempo immemorial. Las reseñas sobre los efectos de embriaguez u otros estados de drogadicción se encuentran en documentos que cuentan con siglos de antigüedad. Es sabido pues, y por citar tan sólo algunos más conocidos, que aparecen en la Biblia; en las primitivas legislaciones de las sociedades mesopotámicas (Código de Hammurabi y Código de Manu); en el "Rigveda", libro sagrado de la India; en la "Historia natural" de Plinio el Viejo; en el libro chino titulado "Tesoros de la herboristería"; en las narraciones de Homero o Virgilio; en las prescripciones opiáceas de médicos tan célebres como Hipócrates, Galeno, Dioscórides, o Avicena dentro de la medicina árabe.

El fenómeno adquirió durante en el siglo XIX, nuevas características con la síntesis de los principios activos de los productos estupefacientes

conocidos y creando sustancias psicotrópicas más adictivas, potentes y peligrosas. La utilización de la morfina durante los tiempos bélicos de hace más de un siglo, tanto en el continente europeo (guerra francoalemana, 1870-1871), como en los EE.UU. (guerra de Secesión, 1861-1865), con fines terapéuticos -como inhibidor del dolor físico y del padecimiento moral- fue el motor generador de la adicción a esta sustancia de miles de personas. Se estima que después de las dos confrontaciones bélicas existían unos 45.000 morfinómanos de origen yatrogénico (2). Según G. Varenne, ya en 1870 el médico Allbutt y en 1872, otro médico, Laerhr, fueron pioneros en lanzar la llamada de alarma y atención sobre la existencia de "desventajas" en la sustancia reconocida casi como milagrosa. Sin embargo, estas primeras advertencias y las que sucesivamente se fueron añadiendo no impidieron que el uso de esta droga se extendiera durante décadas de manera frenética a todas las clases sociales. G. Varenne recoge el dato proporcionado por la Comisión Central Permanente de los Estupefacientes que en su informe presentado ante el Consejo Económico y Social de la ONU, calculaba que antes de 1914 el número de opiómanos americanos oscilaba entre 400.000 y 600.000 mil para una población que no llegaba a la mitad de la actual (3).

A continuación llegó la heroína, en realidad la denominación química es diacetilmorfina, los investigadores químicos buscaban precisamente un remedio para curar la morfinomanía. En 1874, Dreser descubrió la heroína y los primeros ensayos llevados a cabo en 1898 fueron considerados nuevamente como espectaculares. El producto recién sintetizado se presentaba como la "mejor terapia de deshabitación para opiáceos y remedio definitivo contra la tuberculosis" (4). Sin embargo, cuando las prescripciones médicas comenzaron a ser más restrictivas los traficantes ya habían distribuido el producto de forma masiva en los mercados lícitos e ilícitos de todos los continentes, sin un conocimiento generalizado de sus propiedades reales ni de sus efectos temiblemente adictivos. O quizá, si se tuviese perfecto conocimiento de sus características y en ellas, se encontrase precisamente su valor mercantil. Se sabe que incluso en algunos lugares, como en Egipto en el

primer tercio del presente siglo, los empresarios pagaban con heroína a sus trabajadores. Esta práctica en realidad emulaba la conducta de los "conquistadores" españoles entre los indígenas andinos que si bien en un primer momento intentaron prohibir su uso, cuando comprobaron las grandes "ventajas" que conllevaba permitir el consumo, ellos mismos repartían hojas de coca como parte del salario, viendo la fuerte relación que tenía en el desarrollo de la productividad, anulación de la fatiga y el cansancio, menor cantidad de alimentos por inhibición de la coca y otras propiedades que la hacían especialmente interesante en la colonización (5).

Más recientemente, hasta la década de 1970, el principal consumo de heroína se concentraba en EE.UU. Se calcula que el 10% de los soldados norteamericanos que regresaron del Vietnam, volvieron a los EE.UU. siendo toxicómanos. En esa década y en la siguiente el tráfico se extendió por Europa.

Con respecto a la cocaína, hasta principios del siglo actual seguía siendo sobre todo de origen terapéutico. Fue defendida y alabada fervientemente por intelectuales. Freud fue el primer europeo que ensalzó sus propiedades terapéuticas, pero más tarde rectificó cuando empezaron a publicarse los datos de psicosis tóxicas causadas por este alcaloide. Los comienzos de la cocainomanía administrada vía nasal, se sitúan en Norteamérica en los primeros años del siglo y pasó rápidamente a las ciudades europeas de París, Berlín, Londres, etc. donde se instaló con verdadera euforia en los entornos intelectuales y artísticos (6).

En cuanto a la vertiente legal, se comenzó a promulgar en diferentes países, desde la segunda década de este siglo, aparecen leyes prohibiendo la fabricación, importación y utilización de la droga aún en tiempos, que entre el cuerpo médico gozaba de bondades terapéuticas. Por la universalización del problema del tráfico y uso ilícito de drogas, además de saber que las principales regiones productoras de opio y coca se encuentran principalmente en países no desarrollados, mientras que la

mayor demanda es ejercida por países industrializados, ha ido, durante el transcurso del presente siglo creando la necesidad de internacionalizar acciones sobre producción nacional y el control sobre el tráfico ilegal. Después de diversas Convenciones (1925, 1931, 1961) en 1987 tuvo su máxima expresión en la Conferencia Internacional sobre el Uso indebido y el Tráfico ilícito de Drogas, celebrada en Viena y donde se aprobó el Plan Amplio y Multidisciplinario de actividades futuras en torno al problema, en realidad es un conjunto de recomendaciones, sin carácter obligatorio, dirigidas a los Gobiernos (de 145 países) que enuncian medidas prácticas de lucha contra el uso indebido de drogas y la eliminación del tráfico ilegal (*1).

La extensión del abuso de drogas es cuantitativamente muy difícil de establecer, a nivel de la Comunidad Internacional no se cuenta con estadísticas fiables sobre esta materia, proporcionadas por parte de los países que la integran. Pero como dato indicativo sirva la información facilitada por la Administración norteamericana, que indicaba que en 1986 en EE.UU se podrían haber consumido unos 688.000 Kgs. de cocaína adulterada.

Las cantidades decomisadas en el tráfico ilegal de drogas por la policía es uno de los indicadores que se utilizan como estimativos. Ramos Galino, Director de la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas informaba que en los últimos diez años y según los datos gubernamentales recibidos en el organismo señalado de las Naciones Unidas, "a nivel mundial los decomisos de hachís se han multiplicado 6 veces, los de heroína 7 veces y los decomisos practicados en coca y cocaína se han reproducido por 60 veces". Si se tiene en cuenta que los

(*1) Este Plan común que sirve "como manual a los organismos nacionales para adecuar sus acciones y programas a las líneas definidas supranacionalmente" sirvió de base en la intervención del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo en el "SIMPOSIO CIENTIFICO SOBRE DROGAS Y SOCIEDAD" celebrado del 8 al 12 de Agosto de 1988 en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo" y que se recogió en el libro del mismo nombre, editado por R. Usieto en 1988.

precios en el mercado ilícito se han mantenido relativamente estacionarios, permitiría sugerir que la demanda fuera de la ley no ha ido disminuyendo en absoluto (7).

Los datos de los decomisos incautados en España en los últimos años y las detenciones efectuadas por los cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado español, ponen de manifiesto según la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que pese al aumento de eficacia en la labor policial, la oferta de heroína en el mercado ilícito está estabilizándose, pero el de cocaína ha ido incrementándose alarmantemente. Los precios de estas drogas en el mercado tampoco han experimentado variaciones importantes (8).

En la pericia histórica de las drogas en las diversas realidades sociales donde han tenido lugar como fenómeno se observan varias características que acompañan su desarrollo: su uso institucionalizado, muchas veces con sentido religioso, su vertiente legal, y su unión a la rentabilidad económica.

Sobre la institucionalización de las drogas, sirvan como ejemplo las más conocidas y extendidas en nuestro entorno. Es decir, el tabaco cuyo consumo lo realizan diariamente millones de personas en todo el mundo, ya sea fumándolo, mascándolo o aspirándolo, y el alcohol, como droga más universalmente expandida y utilizada en todas las culturas (*2). Es sabido que son los países occidentales y mediterráneos los mayores usuarios de esta droga. En referencia al abuso de alcohol en nuestro

(*2) La dependencia al tabaco entre un altísimo porcentaje de ciudadanos produce una fuente saneada de ingresos para los gobiernos que tienen su monopolio, esto sin duda hace que no se tomen medidas represivas sobre su consumo, pero se olvida con frecuencia que también es generador de gastos directos e indirectos sobre indicadores de producción y renta, ya que son contundentes las estadísticas que relacionan el hábito de fumar con el padecimiento de ciertos cánceres y otras enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

país, según la Asociación de Alcohólicos Anónimos, nueve de cada 100 españoles son alcohólicos y se calcula que en 1990 en España habría cerca de 3 millones de personas. Dentro de la Comunidad de Madrid se estima que un 10% de los varones y un 1% de las mujeres presentan problemas severos de alcoholismo (9).

Sobre la atribución religiosa de algunas drogas hay que hacer referencia a que muchas sustancias han estado asociadas a un carácter sacralizado y usadas ritualmente en ceremonias religiosas, los ejemplos van desde la utilización de la coca para los Incas, la Chibcha para los indígenas de Perú y ya entre nosotros no hay que olvidar que el sincretismo judeocristiano llega a simbolizar en el vino, el vehículo de la encarnación del Dios hecho hombre.

Existen dos cuestiones de gran trascendencia que tienen que ver, una con el enfoque sociológico del problema, y otra, con la difusión que se origina a través de los medios de comunicación social. Respecto a la primera, J.J. Sánchez Carrión describe como las "toxicomanías se evalúan en función del tipo de droga consumida, la importancia del consumo (ocasional, habitual) o sus efectos sobre el consumidor y las consecuencias que tiene sobre terceros (en sociedad)". En cuanto a la prensa y su aparición representativa, el autor señala que a menor peligro, mayor presencia comunicativa (10).

En esos aspectos referidos, la marihuana y el cannabis, aparecen destacados (menor peligro para la salud), tabaco, alcohol, barbitúricos, anfetaminas (drogas peligrosas), apenas reciben atención. Aunque Sánchez Carrión describe esa afirmación en relación al autor (Jock Young, 1973), acaba especificando "Es muy habitual y se considera un comportamiento normal, consumir algún estimulante para 'comenzar a funcionar' por las mañanas y un sedante para 'relajarse por las noches' (...) se recomiendan las pildoras para espabilarse, dormirse, descansar, subir de peso, adelgazar, fomentar la concepción, evitar la concepción, (...) sin

embargo, es muy raro que este problema se mencione y analice en la misma prensa que se ocupa de las drogas" (11).

Con respecto a la rentabilidad económica del consumo de fármacos, los antecedentes documentados de los factores mercantiles que intervienen en la tendencia del consumo, la extensión del problema y las modificaciones en el mercado se remontan a las "guerras del opio". Informaciones recientes sobre los enormes beneficios del tráfico ilícito son motivo de publicaciones prácticamente diarias en los periódicos cuando se hace referencia al valor que hubiera alcanzado una cierta cantidad de droga aprehendida por la policía. Algunos cálculos facilitados por diferentes administraciones públicas, producen inevitablemente una impresión sobrecogedora: Se calcula que entre todas las sustancias ilegales en EE.UU en 1986, se gastaron, 145.000 millones de dólares. Para mejor alcance de comprensión de esta cifra se puede recordar que el negocio legal de petróleo en EE.UU moviliza 175.000 millones de dólares al año. Asimismo, rememorar las fortunas personales de los más grandes traficantes del mundo que controlan verdaderos ejércitos de hombres a su servicio e incluso cuando se ven acorralados por la justicia, ofrecen pagar los millones de dólares de deuda externa de su país, es el caso de Roberto Suárez en Bolivia o Pablo Escobar en Colombia, éste último jefe del cártel de Medellín, actualmente residiendo en una prisión acondicionada especialmente para el delincuente, después de entregarse de forma "voluntaria" tras las interminables conversaciones del gobierno colombiano con los EE.UU sobre la ley de extradición.

En definitiva, el fenómeno de la drogadicción no es ciertamente novedoso pero sí muy complejo y que en nuestro tiempo tiene una fuerte incidencia en las sociedades desarrolladas. Ante su estudio suele establecerse un doble posicionamiento: la consideración de la droga como objetivización a nivel colectivo de lo que no es más que una subjetivación y problemática individual o sectorial y la consideración de que el hecho de la drogadicción refleja una patología social. Claro que, puede haber

- 395 -

posiciones integradoras que hagan coincidir desajustes individuales con patologías sociales diversas.

43. ACTITUDES DE LOS ESPAÑOLES ANTE LAS DROGAS

En Diciembre de 1985 el CIS realizó un estudio que fue publicado posteriormente en la revista REIS nº 34 de Abril-Junio de 1986, que tenía como objetivo el análisis de las pautas de consumo de drogas en España, así como las actitudes que el consumo de esos productos provocaba en la sociedad española. Existió unanimidad en la valoración del drogadicto como enfermo, persona inestable y con escasa fuerza de voluntad. Sin embargo, ante proposiciones que obligaban a una respuesta de estar "más bien de acuerdo" o "más bien en desacuerdo", el 65% de los encuestados estaban conformes ante la frase de que los drogadictos son unos delincuentes viciosos (12).

Sin querer caer en posicionamientos reduccionistas, se parte de la postura de que factores socioestructurales concurren y tienen una muy alta significación con la adscripción a modelos de marginación social. Es decir, la nueva pobreza urbana, la no equiparación de oportunidades, los movimientos migratorios con sus consecuencias de hacinamiento, pérdida de arraigo y valores culturales propios, las desigualdades sociales y educativas, etc. son los factores que han servido mejor como caldo de cultivo para que con el avance de las técnicas de penetración y marketing de consumo, se haya posibilitado un proselitismo masivo. La aparición del SIDA no ha hecho más que añadir tintes, si se quiere, aún más dramáticos a una realidad desgraciada.

En el estudio empírico que se presenta, la población de toxicómanos UDVP son, junto con la de homosexuales/bisexuales y la de prostitutas, quienes componen las tres poblaciones de riesgo al SIDA investigadas que, por su mayor exposición a la enfermedad y por los estigmas que sobre ella puedan arrojarse, ha sido objeto de un estudio específico e independiente. No hace falta insistir aquí de nuevo sobre los aspectos relativos a la selección de la muestra y a la modalidad de las entrevistas y, sobre todo, sobre sus posibles repercusiones sobre los

resultados que se presentan, en tal caso, se remite a la ficha técnica ANYMA, innumerables veces comentada, a lo largo de la tesis.

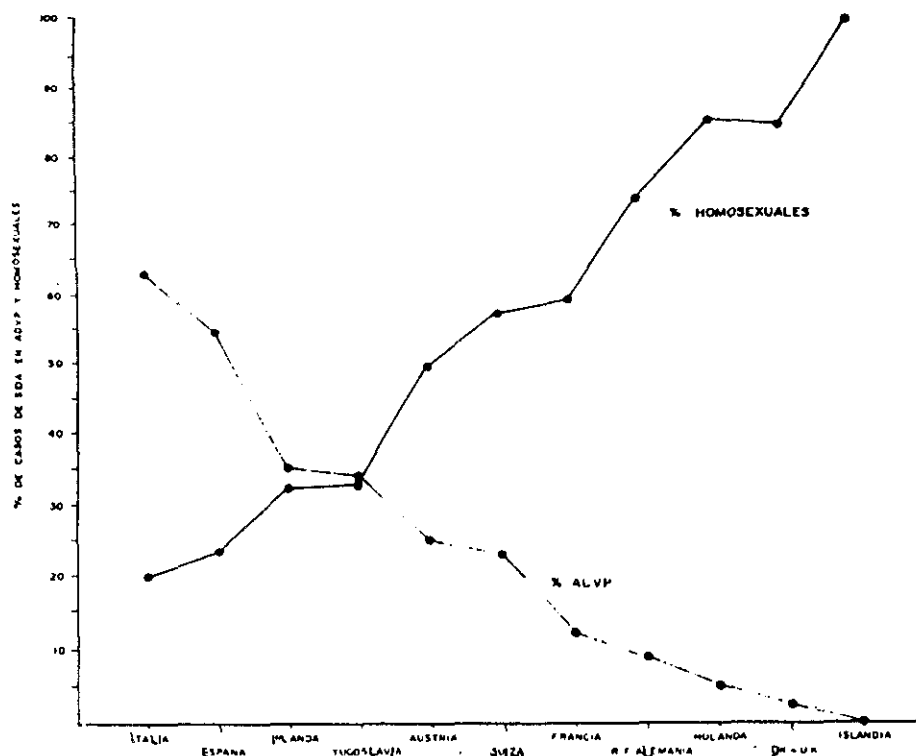
Se cuenta con la ventaja de disponer, además de los datos referidos a la población de toxicómanos que ha sido objeto de estudio específico, de información sobre el conjunto de personas pertenecientes a la población general y que dicen inyectarse o haberse inyectado algún tipo de sustancia. Naturalmente, este conjunto es pequeño y aún a riesgo de ser reiterativos se insiste en las llamadas a la prudencia, realizadas para casos semejantes. Sin embargo, conviene anticipar que, en bastantes ocasiones, sobre todo en el apartado correspondiente a las prácticas de adicción, los datos que se obtienen de este conjunto pequeño de personas UDVP pertenecientes a la población general difieren notablemente de los que se recogen del grupo "ad hoc" específico de toxicómanos.

Todo esto pone de relieve que existen dos conjuntos de toxicómanos bastante diferentes: por una parte están los toxicómanos que hacen de sus prácticas de adicción una de las señas de identidad del grupo al que pertenecen. A diferencia de la homosexualidad/bisexualidad, la drogadicción no es un estandarte llevado con pleno orgullo. Más adelante veremos como los intentos de abandonar el consumo de drogas se están convirtiendo en algo positivamente sancionado por el grupo de toxicómanos. En cualquier caso, hay una cultura marginal que incluye a la toxicomanía y que hace de ella y de todas las concomitancias que la rodean, incluido el mito de que hay que intentar desengancharse y de que es imposible desengancharse, uno de los referentes básicos de su vida cotidiana. A su vez, la toxicomanía es el estigma que permite a la sociedad identificar a los integrantes de esta cultura marginal, sancionando sus conductas desviadas, marginadas y creadoras de la ruptura de modelos sociales "normales", aspectos legitimados desde la propia sociedad.

Pero no siempre estos factores culturales están presentes. Hay también consumidores privados, que experimentan muchas de las angustias comunes a los toxicómanos, pero que no pertenecen a los grupos marginados ni es reconocida su pertenencia a tales. No se encuentran en las calles, sino en sus casas, probablemente amparados por sus familias. Su problema puede incluso no ser conocido por vecinos y parientes lejanos. En la encuesta a la población general se localizan toxicómanos de ambos grupos. En el estudio empírico específico de toxicómanos sólo se hallan a los primeros, es decir, a los abiertamente marginales.

Esta contextualización se refiere primordialmente a la población singular de toxicómanos UDVP, y se recurre sólo a los toxicómanos de la población general cuando se encuentran diferencias significativas dignas de comentario. Por otra parte, aún a riesgo de caer en reiteraciones con argumentos expuestos al comentar los resultados obtenidos con las restantes poblaciones, es necesario tener continuamente presente que en nuestro país este colectivo, a nivel epidemiológico de casos de SIDA es el más numeroso. El fenómeno de compartir jeringuillas y agujas es el principal responsable de la rápida difusión de la infección en este grupo. Otro factor que aparece como implicado en la elevada seropositividad son la frecuencia de inyección de drogas (13). Se reproduce a continuación un gráfico muy clarificador sobre la proporción de afectados UDVP y Homosexuales en diferentes países europeos.

PORCENTAJES RELATIVOS DE UDVP Y HOMOSEXUALES
EN LOS CASOS DE SIDA EN EUROPA



FUENTE: R. Nájera. "SIMPOSIO CIENTIFICO SOBRE DROGAS Y SOCIEDAD" UIMP, Madrid, 1989

Sobre este fenómeno todavía no se han ofrecido resultados concluyentes ni desde un punto de vista epidemiológico por la penetración del virus, ni desde la determinación del componente de prácticas de riesgo de las poblaciones expuestas. Es por ésto, que resultan de sumo interés investigaciones provenientes de las ciencias sociales que puedan arrojar alguna luz sobre el desarrollo de la epidemia.

44. ASOCIACION O EXCLUSION SOCIAL FRENTE AL SIDA: CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS

Entrando ya en las características y comportamientos sexuales de la población de toxicómanos, el dato más relevante es el que hace referencia a la actitud general de los consumidores de droga ante el sexo. Se ha visto anteriormente que todas las poblaciones estudiadas se consideraban bastante satisfechas en este aspecto de su vida. Sin embargo, los índices de satisfacción sexual de los toxicómanos son muy bajos. La mayoría se consideran indiferentes o insatisfechos (tabla 4.1).

También se ha visto que ninguna de las poblaciones estudiadas encontraba dificultades de ningún tipo psicológico (timidez, dificultad para ligar). Por el contrario, la mayoría de los toxicómanos confiesan que encuentran dificultades para realizar el acto sexual, y estas dificultades son diversas. Al menos una tercera parte de los consultados asegura encontrar problemas de carácter fisiológico, especialmente "no poder eyacular", pero también, en una medida bastante menor, ser impotente, "pasar del sexo" o estar enfermo, es decir, dificultades que se encuentran en la frontera de aspectos biopsicológicos de difícil delimitación (tabla 4.2).

El contraste entre la población de toxicómanos y las restantes poblaciones en todo lo referente a la actitud de la sexualidad, es tan fuerte que parece inevitable el establecimiento de una relación de causa y efecto entre la práctica adictiva y la disposición general ante la relación corporal hombre/mujer. El consumo de drogas aumenta la insatisfacción sexual y dificulta la realización del acto amoroso. Los toxicómanos, lejos de hacer del sexo algo importante en sus vidas, lo relegan a un plano muy secundario. Sin embargo, su insatisfacción revela que no están contentos con esta situación. Las dificultades escapan a su control y poco pueden hacer para remediarlas.

En lo referente a las prácticas mismas, sólo cabe decir que los UDVP no son conservadores en sus comportamientos sexuales, si bien la variedad e intensidad de su vida sexual es bastante menor que, lógicamente, la de las prostitutas, pero también que la de los homosexuales/bisexuales, aproximación que se hace ostensible cuando se compara con la población heterosexual no toxicómana.

Por ejemplo, las dos terceras partes de los toxicómanos han tenido relaciones sexuales con más de cinco personas distintas a lo largo de su vida, si bien pocos sobrepasan la cifra de 50 (tabla 4.3.). En los últimos doce meses, la mayoría se ha contentado con mantener relaciones con una o ninguna persona, si bien hay un conjunto apreciable (29,5%) que ha tenido contactos sexuales con un número de personas comprendido entre 2 y 5 (tabla 4.4).

La eyaculación oral la realizan, en alguna medida, algo más de la mitad de los toxicómanos varones, si bien con una frecuencia moderada (tabla 4.5). A su vez, dicen recibirla algo más de la mitad de las mujeres toxicómanas, casi todas ellas a veces o alguna vez; poquísimas, a menudo, y ninguna siempre (tabla 4.6).

El coito vaginal ocupa una posición importante, siendo realizado siempre por casi el 50% de los hombres y mujeres toxicómanos. Sin embargo, esta frecuencia es inferior a la de la población general (tabla 4.7).

La tercera parte de las mujeres dice recibir penetración y coito anal. Sin embargo, el porcentaje de hombres que manifiestan realizar la penetración rectal es inferior, si bien existe un alto índice de falta de respuestas a esta pregunta. Por otra parte, los hombres no reciben apenas el coito anal, y esta pequeñísima proporción, dependerá de los toxicómanos que se prostituyan en busca de poder adquirir la droga. Si como antes se vió que los homosexuales/bisexuales no se "pinchaban", ahora se comprueba que los toxicómanos son fervientes heterosexuales. La

separación entre las poblaciones de homosexuales/bisexuales y la de UDPV es prácticamente total (tablas 4.8 y 4.9).

Por último, cerca de la mitad de los UDVP realiza la estimulación bucal de los genitales y bastantes de éstos a menudo (tabla 4.10). Cerca de la cuarta parte dicen tener relaciones sexuales con varias personas al mismo tiempo, aunque de forma esporádica, siendo esta una práctica sexual que interesa más a los hombres que a las mujeres (tabla 4.11). Y algo más de la mitad de los toxicómanos se masturba cuando tiene relaciones sexuales, sin que con ello excluya al resto de las conductas mencionadas (tabla 4.12).

Como ocurría con las restantes poblaciones investigadas, la pareja estable ocupa un lugar importante en la vida de relación. Las tres cuartas partes de los toxicómanos la tienen o la han tenido (tabla 4.13). Sin embargo, la fidelidad no es muy apreciada y la gran mayoría de los que tienen o han tenido una compañera estable han mantenido relaciones sexuales con personas diferentes cuando estaban emparejados. Lo han hecho varias veces tanto los hombres como las mujeres UDVP. Sólo el 10% ha sido infiel innumerables veces, dato que es coherente con el hecho de que los toxicómanos mantienen relaciones sexuales con un número no exageradamente alto de personas diferentes (tabla 4.14).

En suma, la población de toxicómanos es heterosexual, mantiene un número moderado de relaciones sexuales con personas diferentes, tiende a emparejarse aunque es infiel y es discretamente atrevida en sus comportamientos sexuales. Sin embargo, lo que la define principalmente es su actitud ante el sexo. Los toxicómanos son indiferentes o están sexualmente insatisfechos. Además encuentran dificultades fisiológicas para realizar el acto sexual. Manifiestan que pueden llegar a la excitación sexual pero no al orgasmo, en realidad afirman que todo lo sexual llega a ser secundario con respecto a las drogas. El consumo habitual de estupefacientes puede tener un efecto negativo sobre la sexualidad de los toxicómanos. Hay que tener en cuenta que lo señalado es un indicador

fundamental, permitiendo acceder a medidas de tipo médico, biológico y psicológico, en relación a la infección y el contagio epidémico, como a otros estudios íntimamente localizados.

45. SIMBOLIZACION DE LAS CARENCIAS: EDUCACION SANITARIA E HIGIENE SEXUAL DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS

El nivel sanitario e higiénico de la población de toxicómanos en el ámbito sexual es extraordinariamente bajo, bastante peor que el de las restantes poblaciones expuestas analizadas. El panorama en esta cuestión puede considerarse absolutamente desolador.

Por ejemplo, la mayoría de los toxicómanos no utiliza la más mínima actividad de higiene para realizar el acto sexual. Lo que más han usado es el mero lavado al terminar el acto sexual, situación que no previene ninguna ETS, y el SIDA en particular (tabla 4.15).

Asimismo, el 41% de los consultados no utiliza ningún método anticonceptivo. El preservativo es utilizado preferentemente por el 35% de los drogadictos. Muchos usan sistemas como el de la marcha atrás y algunos vuelven a citar el lavado como método de anticoncepción predilecto con las consecuencias obvias que ésto en relación a los embarazos no deseados conlleva (tabla 4.16).

No resulta extraño, ante estos precedentes, que cerca de las tres cuartas partes de los toxicómanos no pasen ninguna revisión médica relacionada con el sexo (tabla 4.17).

La falta de sensibilidad hacia la higiene está relacionada con los pobres conocimientos que los toxicómanos confiesen que poseen acerca de las diferentes enfermedades de transmisión sexual. La más conocida es precisamente el SIDA, que al menos se conoce de manera regular. El segundo lugar por nivel de conocimientos lo ocupa la sífilis, que es conocida entre regular y mal. A partir de aquí, el nivel va bajando aún más. La Gonococia y la Sarna son mal sabidas, y el Granuloma Inginal, el Chancro Blando y el Herpes Genital, entre mal y muy mal (tablas 4.18 a 4.25).

Ante este panorama, resultan algo sorprendentes las respuestas que dan los UDVP sobre el medio de comunicación utilizado preferentemente para informarse sobre el SIDA. No es la televisión ni la radio, como cabría deducir de un colectivo tan poco informado. Los toxicómanos dicen recurrir con frecuencia a folletos informativos y a periódicos y revistas, aunque lo hagan en una medida bastante inferior a la de los homosexuales/bisexuales. De todas formas, cabría pensar que los UDVP constituyen un grupo interesado en acceder a la información especializada que no pueden procurarse en los medios masivos. Se tendrá la ocasión de observar en éste y en sucesivos capítulos que este dato no es coherente con el resto de los obtenidos relativos a los conocimientos y prácticas de la población de toxicómanos en relación con el SIDA. Puede que el recurso a medios alternativos sea más una consecuencia de la poca credibilidad concedida a los medios masivos que a un esfuerzo positivo por acceder a otras fuentes de información (tabla 4.26).

Sobre los hechos que más han impactado a los toxicómanos, se puede concluir que éstos comparten el interés de las restantes poblaciones expuestas por los datos más cualitativos. En este sentido, se manifiestan sólo algo impactados por la muerte de Rock Hudson, que tanto influyó en la población general. Sin embargo, el hecho de que entre homosexuales/bisexuales, prostitutas y toxicómanos el SIDA tenga una mayor incidencia, ejerce un fuerte influjo sobre éstos últimos.

En general, las dos terceras partes de los UDVP consideran que su grado de información acerca del SIDA es medio o bajo (tabla 4.33). Su conocimiento objetivo acerca de las vías de transmisión es aceptable, aunque, como con el resto de las poblaciones, podemos detectar errores o silencios graves. Así, por ejemplo, manifiestan conocimientos incorrectos o ignorancia sobre determinados medios de transmisión: la tercera parte, sobre los mosquitos; la cuarta parte, sobre el aire respirado por una persona infectada; la quinta parte, acerca de los besos y del acto sexual heterosexual. Asimismo se detecta una confusión

generalizada sobre la posible existencia de otras vías de transmisión (tablas 4.34 a 4.42).

Resumiendo, los toxicómanos presentan, como norma general, una educación sanitaria y una higiene sexual muy deficientes en términos absolutos, que se agravan debido a los riesgos a los que se exponen. Su bajo grado de información acerca del SIDA es un subproducto de su escaso nivel educativo en las enfermedades de transmisión sexual. A su vez, este bajo nivel de conocimientos sanitario-sexuales puede estar relacionado con su actitud de indiferencia y con sus dificultades frente al sexo. Pero la aparición del SIDA como fenómeno nuevo tampoco ha provocado una especial sensibilización hacia la importancia de la higiene sexual.

**46. LA EDUCACION SEXUAL Y SANITARIA ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD:
PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO PARA EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS**

La falta de higiene sexual de los toxicómanos viene parcialmente atenuada en lo referente a la exposición al contagio, por la poca importancia que tienen en esta población las prácticas de riesgo.

Por ejemplo, más de las tres cuartas partes de los toxicómanos no ingieren semen. Incluso entre las mujeres, las que realizan esta práctica no llegan a la mitad del total de la muestra. Cuando lo hacen es en proporciones de alguna vez. Son muy bajos los porcentajes de los que responden que ingieren semen siempre que quieren, siempre que les apetece o siempre que se les propone. Estos datos, como se ve, son muy diferentes de los que se presentan para las restantes poblaciones expuestas (tabla 4.43).

De igual forma, los toxicómanos no han observado nunca (y unos pocos sólo rara vez) al realizar el acto sexual traumatismos en los que se haya producido sangre. Esto guarda correspondencia con el índice moderado de penetraciones anales como se vió en el capítulo correspondiente (tabla 4.44).

Los UDVP varones, recurren a la prostitución en una media bastante inferior a la del resto de la población. Una clara mayoría no lo ha hecho nunca a lo largo de su vida. En los últimos doce meses han recurrido a ella el 18,1% de los hombres toxicómanos consultados, la mayor parte de los cuales con una frecuencia bastante pequeña.

Uno de los aspectos que ha llamado la atención en esta investigación, es el hecho de que las cifras de las mujeres toxicómanas que utilizan la prostitución son muy semejantes a las de los varones toxicómanos y, por tanto, muy distintas de las del resto de la población femenina que no consume drogas. La explicación reside en que el recurso a la prostitución no constituye para los toxicómanos una forma de obtener

placer, al contrario, el interés por el sexo es tan sólo como una vía para conseguir dinero. Las mujeres toxicómanas se prostituyen como fuente de los ingresos que precisan para poder pagar sus dosis. Este recurso a la prostitución suele ser ocasional (entre 2 y 5 veces), si bien hay porcentajes apreciables (cercano al 9%), que se prostituyen más de 20 veces, llegando unas pocas de ellas a hacerlo más de 200 veces, . Estas últimas representan a las UDVP que han agregado la práctica de la prostitución, aunque siempre se autocalifican de toxicómanas que recurren esporádicamente a la prostitución como forma de procurarse ingresos (tabla 4.45 y 4.46).

Es en este aspecto, relativo a la prostitución entre mujeres UDVP, donde conviene hacer más hincapié con vistas a la prevención del contagio. Por lo demás, los toxicómanos tienen menos tendencia a la ingestión de semen, al coito anal o a recurrir a pagar por obtener relaciones sexuales, que el resto de las poblaciones expuestas investigadas durante el estudio empírico cuantitativo.

47. DE LA INDIFERENCIA A LA INQUIETUD: OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL SIDA DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS

Las opiniones de los UDVP guardan una estrecha semejanza con las de las prostitutas. En ambos casos nos encontramos con poblaciones expuestas, socialmente marginadas y de bajo nivel cultural. Esto les lleva a una vaga solidaridad con el resto de los grupos marginales, que se concreta en la tendencia ligeramente liberal de sus opiniones y actitudes. Sin embargo, su aislamiento y su bajo nivel educativo les hace compartir ocasionalmente las definiciones sociales de normalidad sexual, lo que les lleva a contradicciones aparentemente incomprensibles.

Los toxicómanos son moderadamente partidarios de legalizar la prostitución (tabla 4.47) y fuertemente defensores del aborto en el caso de que la mujer embarazada sea portadora del virus del SIDA. En este último caso, el aborto es definido con independencia del número de meses del embarazo (tabla 4.48).

El estudio revela que, sólomente uno de cada cuatro toxicómanos, no comparten la opinión de que sólo las relaciones sexuales entre hombres y mujeres son normales. Paradójicamente, los más jóvenes son los menos liberales (tabla 4.49). Sin embargo, preguntados de otra forma, el 51% considera que todas las formas sexuales son normales (tabla 4.50). Con independencia de la contradicción, no cabe duda de que una importante parte de los toxicómanos comparte las definiciones sociales de normalidad sexual.

Aunque no aprueban expresiones descalificadoras hacia los homosexuales/bisexuales, no lo hacen con la fuerza de otros colectivos. Aproximadamente las dos terceras partes de los consultados -con variaciones ligeras según la pregunta- no creen que los homosexuales/bisexuales sean unos enfermos o unos degenerados, ni que haya que tratar de curarles. Tampoco piensan que los desviados vayan a ser castigados por Dios (tablas 4.51 a 4.54). De todas formas, la

solidaridad con el colectivo de homosexuales/bisexuales no es muy fuerte y sus respuestas sólo presentan diferencias pequeñas con las que da la población general.

Como es lógico, es de especial interés las opiniones que los UDVP manifiestan acerca de la droga. En algunos puntos son realmente sorprendentes, a veces por lo que difieren de las que manifiestan las restantes poblaciones estudiadas, pero a veces también por el contrario.

Un punto en el que las opiniones de los toxicómanos guardan poca semejanza con las que expresan los restantes campos es el relativo a los medios que ellos consideran más efectivos para salir de la droga.

Frente a las críticas a la insuficiente oferta de asistencia sanitaria arrojadas por los medios de información y Asociaciones contra la droga, los toxicómanos no opinan que se trate de un problema de cantidad, simplemente no creen en su eficacia. La oferta asistencial para desintoxicación y deshabituación de drogas, según consta en la Memoria de 1987 del Plan Nacional sobre Drogas, es de 199 camas destinadas a desintoxicación hospitalaria, 224 Centros ambulatorios y 114 Comunidades terapéuticas (de las cuales el 35% son gratuitas y el 45% subvencionadas) (*3).

En general, los toxicómanos son muy pesimistas sobre la posibilidad de que exista efectivamente alguna salida. En este sentido se encuentran legitimados por el discurso dominante acerca de la adicción. El que entra en la droga no sale de ella. De ahí su desesperanza radical. En general, el resto de las poblaciones compartían esta visión negativa, pero no la llevan hasta el límite. Sobre todo existe una creencia

(*3) Se ha preferido ubicar y reflejar la oferta asistencial en el año 1987 como fecha más cercana a la realidad en el tiempo en que tuvo lugar la encuestación a nivel empírico. En el mencionado año y según datos de la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, se realizaron entre 4.800 a 5.800 desintoxicaciones y el tiempo medio de estancia para ese fin osciló entre 10 y 12 días.

bastante extendida en la asistencia que se pueda prestar desde la medicina, aunque se duda bastante de las instituciones políticas. Pero el toxicómano va mucho más allá. No cree en ningún tipo de protección. Desconfía de la Administración Pública y de los Centros Municipales, pero también de Cáritas, del Proyecto Hombre y, lo más sorprendente de todo, de los hospitales y clínicas (tablas 4.61 a 4.67).

En cuanto a las posibles medidas relativas a la infección del virus del SIDA y a los toxicómanos, éstos últimos aprueban de forma entusiasta casi todas las propuestas del cuestionario: distribución gratuita de jeringas y de agujas; distribución gratuita de preservativos; máquinas automáticas con jeringas y agujas; provisión en las cárceles de jeringas y de agujas; provisión en las cárceles de preservativos; control sanguíneo; tratamiento médico permanente. Sin embargo, aunque son partidarios, manifiestan menos posibilidades hacia los tratamientos psicológicos y, sobre todo, hacia los psiquiátricos (tablas 4.68 a 4.76).

Al tratar de los medios para salir de la droga, las opiniones de los toxicómanos difieren considerablemente de las de la población general. Sin embargo, hay un punto en el que cabría esperar los contrastes y, sin embargo, el resultado del estudio presenta unas similitudes sorprendentes. Esto es, la problemática de la distribución de las drogas.

Los toxicómanos en contra de lo que cabría esperar, no son partidarios de la venta libre de las drogas. El punto de vista liberal sólo lo manifiestan el 17,5% de los consultados. Por el contrario, el 41,5% piensa que lo justo sería que hubiese sólo una distribución limitada bajo control médico y especial para UDVP. Todavía existe un 29,5% aún más radical que cree que la distribución de drogas no debe admitirse en ningún caso (tabla 4.77). Todo esto pone de relieve que los toxicómanos han interiorizado el modelo punitivo-coercitivo dominante entre la población general.

Haciendo un paréntesis, se puede observar que en la tabla 4.78, muestra que los toxicómanos encontrados dentro de la población general son decididamente más liberales, predominando entre ellos los partidarios de la venta libre. La causa puede residir en que nos encontramos entre ellos a UDVP privados, fuera de la cultura marginal de la droga, y enfrentados a la dificultad técnica de conseguirla a un precio elevado. La respuesta lógica es reclamar la venta libre. Sin embargo, entre los drogodependientes marginados parece pesar más la necesidad de legitimar su desesperanza. Para ello recurren al discurso oficial: es imposible resistirse a la dosis. La única vía es impedir que llegue a los consumidores potenciales. Los actuales consumidores pueden ser satisfechos con una distribución limitada bajo control médico.

Existe sin embargo, un paradigma en el estudio ANYMA que debe considerarse con sumo cuidado en la referida población UDVP. Ha sido ya suficientemente explicado que el corpus de datos, fue obtenido entre quienes consumían drogas en el momento de la realización de la encuesta, los que se hallaban en planes de desintoxicación y deshabituación y los que acababan de reengancharse nuevamente al consumo. Estas situaciones, resultan netamente discriminantes en las respuestas, aunque para este estudio, y por tratarse de una población de 200 UDVP, se ha considerado el estudio en su conjunto, sin diferenciar unas contestaciones de otras. El objeto de estudio ha sido siempre los conjuntos humanos marginados y anómicos en sí mismos, y con el agravante de ser seropositivos, enfermos y, muchas veces, propagadores de la epidemia del SIDA. Como consecuencia de todo ello, la adecuación de las variables dependientes e independientes, siempre fueron fijadas teniendo como objetivos básicos, el ser humano y la problemática inherente a la pandemia.

El predominio del paradigma punitivo-coercitivo entre los toxicómanos, se pone de relieve nuevamente en las propuestas que apoyan para salir de la droga. El 46% propone como salida acabar con el tráfico de drogas, y en 14,5% acabar con la producción ilegal. Esta defensa nítida de las soluciones más abiertamente coercitivas no deja lugar a duda. Se acentúa

de esta forma el carácter mítico que presenta la droga para sus usuarios. No sólo es imposible salir de ella, es imposible no sentirse fascinado por ésta desde el primer contacto. La sustancia crea una adicción mágica desde el primer momento. Para evitar sus efectos, no cabe otra salida que impedir técnicamente que pueda llegar a ningún usuario potencial. Las medidas coercitivas dirigidas contra productores y traficantes hacen que el producto maligno no alcance decididamente a los consumidores potenciales.

Pero los toxicómanos no sólo confían en las medidas punitivas. Hay respuestas que hacen referencia a la reinserción social o al paro y a la marginación social. En este sentido, pocos confían en medidas como abaratar el coste o en soluciones terapéuticas (tabla 4.75). En suma, los toxicómanos colocan detrás del planteamiento punitivo, el paradigma social. Sin embargo, la idea medicalizada, dominante entre los especialistas y los profesionales del tratamiento de las toxicomanías, es abiertamente rechazado por los UDVP. Este dato, por otra parte, es coherente con los que señalaban acerca de las vías para salir de la adicción. Los toxicómanos, rechazan tanto las instituciones públicas como los hospitales y las clínicas. Los médicos y los políticos les merecen idéntico descrédito.

Para finalizar este apartado relativo a las opiniones y actitudes ante el SIDA de los UDVP se recurrirá a un comentario acerca de los datos sobre la prueba del SIDA. Como puede verse en la tabla 4.80, los toxicómanos son decididos partidarios de dicho test para conocer su posible contacto con el virus. No obstante, tal y como puede verse en la tabla 4.81, los drogodependientes encontrados dentro de la población general, aún siendo mayoritariamente partidarios del screening, manifiestan un recelo mayor, como puede apreciarse en el alto porcentaje de falta de respuestas. La causa se localiza en el miedo que puedan experimentar los toxicómanos privados, ajenos a las culturas marginales de la droga, a que la prueba pueda servir para dar publicidad a su

- 414 -

posible contagio, con lo que caería sobre ellos un estigma que, ahora mismo, escondidos entre la población general, no padecen.

48. CONTRADICCION O INFLEXION:

CAMBIO DE HABITOS POR EL SIDA DE POBLACION DE TOXICOMANOS

La mayoría de los UDVP declaran que el SIDA no ha cambiado su vida sexual, si bien hay un porcentaje apreciable de personas que dicen lo contrario (tabla 4.82). Dentro del grupo que manifiestan tener otros hábitos, el mayor porcentaje es el de los que manifiestan que la modificación se ha producido sobre todo en sus actitudes. El SIDA en ellos ha generado temor, miedo o preocupación. Algunos dicen también que el SIDA ha provocado en ellos mayor higiene y precaución en sus relaciones sexuales o bien les ha llevado al uso del preservativo. Pero las cifras no son muy altas (tabla 4.83).

En las preguntas concretas, muestran la poca incidencia que el SIDA ha tenido hasta ahora en su vida sexual. En ningún apartado concreto predominan los que han cambiado sobre los que siguen igual en sus comportamientos. Esto afecta a todas las cuestiones a las que se ha ido haciendo referencia cuando se trataban otras poblaciones: dificultades para ligar, relaciones con desconocidos, contacto anal, etc. El mayor cambio relativo se produce en tres apartados: disminución de las relaciones con prostitutas, la exigencia del preservativo y el bajo número de personas distintas con el que se tienen relaciones sexuales. Incluso en estos puntos predominan, sin embargo, los inmovilistas (tabla 4.84 a 4.94).

Como se ha podido apreciar a lo largo del trabajo empírico, el sexo ocupa un lugar poco importante en la vida del toxicómano. Si a esto unimos las carencias de educación sanitaria-sexual, no puede extrañar que la modificación de hábitos sexuales sea reducido. Pero a continuación se verá qué sucede en un terreno en el que los toxicómanos están más implicados: el consumo de drogas.

49. CONDUCTAS DE ADICCION Y CONSUMO DE DROGAS DE LA POBLACION DE TOXICOMANOS

La mayor parte de los toxicómanos han comenzado el consumo de drogas a un edad temprana. Tres de cada cinco heroínómanos o cocainómanos han probado por primera vez la heroína o la cocaína respectivamente a una edad igual o inferior a los 18 años. Este comienzo temprano facilita el enganche y ha contribuido en buena medida al mito de la "irresistibilidad" de la droga. En el momento en que la sustancia está al alcance de este público juvenil, nada puede hacer éste para oponerse al encanto de la misma. Y así continúan los toxicómanos "enganchados" a la dosis, desde su temprana adolescencia (bastantes de ellos desde los 13 o los 14 años), hasta la actualidad, atrapados por su magia, al principio, y por la inercia de la adicción después (tabla 4.95 y 4.96).

Se ha dicho la sustancia y quizás debería decirse, las sustancias. En realidad, pocos UDVP consumen sólo heroína, sólo cocaína, sólo ácidos, etc. Lo más frecuente es que se combinen varias drogas. Así, por ejemplo, en la tabla 4.97 se puede apreciar que el 28,2% de los toxicómanos no consumen heroína, y en la tabla 4.98 sólo el 33,9% no prueban la cocaína. La gran mayoría consumen las dos, aunque con diferentes intensidades. Generalmente, la heroína es consumida a diario. A la inversa, la cocaína tiende a ser probada de forma esporádica. Sólo el 15,6% del total de la población de UDVP la toma diariamente.

La inmensa mayoría utilizan también drogas blandas. Menos de la tercera parte declara que nunca toma hachís, grifa o marihuana. El consumo diario de estas sustancias no es, sin embargo habitual (sólo lo hacen 26,8%). La adicción a las blandas constituyen, por tanto, un acompañamiento ocasional del consumo de sustancias más fuertes (tabla 4.99).

Las restantes drogas no mencionadas hasta ahora ocupan -con la excepción del alcohol- una posición bastante menos importante en la vida del

toxicómano. Algo más de la tercera parte de los consultados consume anfetaminas, si bien la mayor parte de éstas lo hace de forma ocasional (tabla 4.100). La ingesta de ácidos está ligeramente menos extendida y la frecuencia con la que se toma es también menor (tabla 4.101). Los barbitúricos están más preparados, especialmente entre los más jóvenes. Las tres cuartas partes de los UDVP menores de 18 años las toman, si bien de forma bastante ocasional. La causa de este comportamiento diferencial de estas cohortes pueden ser económicas. Sin embargo, no se observan sesgos de edad en el consumo de inhalantes. La tercera parte de los toxicómanos de todos los grupos de edad (un poco menos entre los mayores de 29 años) las toman (tablas 4.102 y 4.1203). En suma, se puede decir que la heroína y la cocaína ocupan el lugar central y que las restantes desempeñan siempre un lugar complementario. Dentro del grupo de las sustancias que se encuentran en un segundo plano de importancia, sobresale el hachís, la grifa y la marihuana, por una parte, y los barbitúricos por otra.

De todas formas la diferenciación del consumo es muy grande. El toxicómano es poco selectivo y simultanea la utilización de varias sustancias, al mismo tiempo. En su combinación suele figurar, casi siempre, la heroína, la cocaína y al menos, una o dos drogas más. Se mezcla así las sustancias de efecto inmunodepresor con los estimulantes, dentro de un cóctel tan sorprendente como explosivo.

Un comentario aparte merece el ingerir alcohol. Sólo la cuarta parte de los toxicómanos dicen que no han probado el alcohol fuerte (ginebra, ron, etc.) en los últimos tres meses. Una quinta parte lo toman a diario. Y la mayoría lo bebe de forma ocasional (tabla 4.104).

El empleo de alcohol suave es bastante más habitual. El 41,7% toma diariamente vino o cerveza; la tercera parte lo realiza con una frecuencia menor (tabla 4.105). El 69,4% fuma diariamente y sólo el 11,8% no ha encendido nunca un cigarro en los últimos tres meses (tabla 4.106). Todos estos datos ponen de relieve que el consumo de las sustancias

ilegales no frena en absoluto el de otras socialmente admitidas. Por lo tanto, deberemos completar con nuevos productos -esta vez legales- el cuadro del toxicómano como administrador poco selectivo. La adicción a una sustancia se extiende siempre a otras muchas, algunas de ellas fuera pero otras dentro de la ley y aceptadas socialmente.

Para el estudio del SIDA nos interesa especialmente la inyección como forma de uso que constituye la mayor práctica de riesgo. El 60% de los toxicómanos se inyecta heroína (tabla 4.107). El 45% hace lo propio con la cocaína (tabla 4.108). A esto hay que añadir el 8%, el 3,5%, el 7%, el 5,5% y el 7% que se inyectan respectivamente metadona, codeína, analgésicos, ácidos y otras sustancias (tabla 4.108 a 4.113).

La cantidad inoculada es bastante grande. El 45,9% de los heroinómanos se inyectan un gramo, y hay un 8,2% cuya dosis es de dos gramos o superior (tabla 4.114). Conviene hacer aquí la precisión de que los UDVP encontrados en la población general citan cifras bastante inferiores, como puede verse en la tabla 4.115. Quizá esto se deba a que existen importantes núcleos de consumidores "privados" que están menos "enganchados" que los pertenecientes a culturas marginales. Pero otra explicación plausible es que los toxicómanos marginales entrevistados directamente hayan querido exagerar las dosis que se inyectan para empatar a su interlocutor, situación que, aunque controlada por las técnicas más prácticas en los métodos empíricos, debe tenerse en cuenta a la hora de la descripción y el análisis, para no prestarse a equívocos interpretativos.

Los cocainómanos se inyectan menos cantidad (entre un gramo por semana y medio gramo diario, tabla 4.116), si bien nuevamente los UDVP de la población dan cifras inferiores (un gramo mes, tabla 4.117). Por último las dosis de metadona son relativamente pequeñas, presentándose las diferencias a las que hemos hecho referencia anteriormente entre la población específica de toxicómanos y el conjunto de adictos encontrados dentro de la población general (tablas 4.118 y 4.119).

Es inevitable pensar en las consecuencias económicas derivadas del consumo de estas sustancias. Teniendo en cuenta la frecuente condición de politoxicomanía y calculando que en el mercado se ofrece 1/4 gr. de heroína por 5.000 pts. y la misma cantidad de cocaína por 3.000 pts. las cifras resultan desorbitantes. A este respecto, Santiago de Torres, Director General en la Delegación del Gobierno para el PNSD ofreció durante su conferencia en el "Simposio científico sobre drogas y sociedad" el supuesto teórico que se puede estar dando en nuestro país, partiendo de la posible existencia en España de 50.000 heroinómanos y 40.000 cocainómanos consumidores diarios de 1/4 gr. de la droga de la que son adictos. Con esta hipótesis se puede calcular el gasto de 370 millones de pts. día, que al año resulta 105.000 millones de pts. Cifra hipotética, pero posible y que contrasta ampliamente con los 13.000 millones que supusieron el presupuesto global del gobierno en 1987 para acciones preventivas y asistenciales derivadas del abuso de drogas (14).

Las condiciones en las que las diversas drogas se consumen son muy diferentes. La heroína tiende a tomarse en solitario, mientras que las restantes sustancias (cocaína, anfetaminas, hachís, grifa, marihuana y ácidos sobre todo) suelen tomarse en compañía de amigos. Los barbitúricos y los inhalantes ocupan una posición intermedia (tablas 4.120 a 4.126). De todas formas, todas las sustancias tienden, en general, a ser "sociales", salvo la heroína, que es decididamente más "autárquica". Conviene hacer la precisión de que incluso para esta última droga existen a pesar de todo, porcentajes notables de consumidores que prefieren la compañía en el momento de inyectarse. Esta circunstancia ha de ser tenida en cuenta para valorar las condiciones en las que los adictos se "pican". Al menos sirve para tener en cuenta las oportunidades que las condiciones sociales del consumo procuran en lo relativo a la provisión de agujas y jeringas.

Dicho esto, conviene matizar que el consumo de drogas ilegales no es un acto social como lo es el ingerir alcohol, que suele realizarse casi

siempre con amigos. Más bien se parece al acto de fumar, que es estimulado por la presencia de los otros pero que se realiza sólo con frecuencia, cuando el hábito está arraigado (tablas 4.127 a 4.129). Esto es especialmente cierto para la heroína, que es la sustancia que más adicción ha generado entre los UDVP.

Se ha visto reiteradas veces que, en torno a los fármacos se ha generado el mito de la irresistible atracción y de la imposibilidad de escapar a su magia una vez que la víctima ha sido atrapada. Este discurso es aceptado mayoritariamente por los toxicómanos en la medida en que contribuye a legitimar su apetencia de consumo. Como se vio en el capítulo anterior, los UDVP llegan al extremo de apoyar actitudes y medidas represivas contra la producción y contra el tráfico, en la medida en que son las únicas que pueden evitar la entrada en el mundo de la drogadicción, mientras que para ellos mismos proponían la distribución controlada bajo prescripción médica.

Todo este discurso en torno a la magia de los fármacos, como sujeto capaz de generar por sí mismo todas las fatales consecuencias que se le atribuyen, ha calado tan hondo entre los propios heroínómanos que ha afectado profundamente la percepción de su uso. Preguntados por las razones por las que toman las diferentes sustancias no suelen dar respuestas positivas propias de todo consumidor de un producto (me produce placer, me pone bien, me relaja, etc.), sino que ofrecen casi siempre contestaciones de corte negativo (no puedo desengancharme). Tampoco se escudan en razones de tipo ambiental (mis amigos consumen, es un hecho social). Para el toxicómano, sus necesidades se explican por el hecho de que está "atrapado" (tabla 4.130).

De nuevo, conviene hacer la precisión de que los UDVP de la población general son bastante diferentes. Como se veía en su momento no compartían el paradigma punitivo-represor y eran partidarios de la venta libre de drogas. Su visión de la droga era menos negativa y hacían más

hincapié en su "derecho al consumo". En correspondencia con esto, las razones que dan para el hábito son decididamente liberales. El 45% de los que se inyectan heroína lo hacen porque les produce placer (tabla 4.131). Probablemente los autárquicos no sufren los problemas que padece el mundo marginal asociado a la droga, por lo que su ideología está más cercana al paradigma de la libertad de opción.

No todas las sustancias son vistas por los UDVP de una forma tan negativa como la heroína. Al contrario, se dan bastantes razones positivas para el consumo de cocaína, y también para el del hachís, grifa o marihuana, y para el del alcohol (tablas 4.132 a 3.136). Por tanto, sólo la heroína parece afectada por ese halo de sustancia maldita e irresistible.

Sin embargo, preguntados por las ocasiones en las que se "pinchan", los toxicómanos en general tienden a elegir las respuestas que expresan cierta culpabilidad o represión. El 52,5% dicen "picarse" cuando están con el "mono". Otros hacen referencia al momento en el que se encuentran con dinero para "ponerse". Hay también un importante número de respuestas sociales. El 13,9% dicen "pincharse" cuando se reúnen con otros que también se "colocan" (tabla 4.137).

Nuevamente, se puede comprobar en la tabla 4.138 que los toxicómanos de la población general dan respuestas bastante diferentes. Sigue habiendo un 29,5% que hace referencia al síndrome de abstinencia, si bien el 35,5% dice que se inyecta cuando quiere ponerse bien o relajarse.

Como se ha visto, en general las conductas de uso de fármacos están asociadas al factor adictivo. Los UDVP se remiten a su necesidad imperiosa de las sustancias, colocando en segundo plano el placer. De esta forma, el consumo aparece como algo no electivo sino irrefrenable. A pesar de esto, se ha visto que las condiciones ambientales juegan un cierto papel coactivo y el ritual se hace, con bastante frecuencia,

acompañado de otras personas. Sólo en el caso de la heroína, la adicción se impone sobre las condiciones de sociabilidad, compañerismo o rito.

Estos son los datos externos que enmarcan la práctica de inocularse sustancias. A partir de ellos se puede entender mejor el hecho que más interesa dado el punto de vista de la exposición al SIDA: las condiciones en las que los toxicómanos se inyectan. Se puede entender ahora que cerca de la mitad de ellos confiesen que lo hacen de cualquier manera y que otros -algunos menos- digan abiertamente que recurren a la primera aguja y jeringa que encuentran o a la aguja o jeringa de su colega circunstancial. Esta pregunta admitía dos respuestas y, por ello, alguno de estos dicen que también compran la aguja y la jeringa en la farmacia. Pero el hecho es que esto no les impide, bajo el síndrome de abstinencia o cuando las condiciones ambientales lo requieran, "picarse" de cualquier manera con el material que encuentran a su disposición (tabla 4.139).

Los toxicómanos de la población general tienden en este punto a ser algo diferentes. Sigue habiendo un 22,7% que se inyecta de cualquier manera, pero predominan los que compran la aguja y la jeringa en la farmacia e incluso hay un porcentaje altísimo que esteriliza el material (tabla 4.140). Entre la población específica de toxicómanos, el porcentaje de los que recurren a esta medida extremadamente higiénica es muy pequeño. De nuevo, para conceptualizar ésto, se vuelve a recurrir a las explicaciones ya apuntadas: las características de los consumidores de clase media o alta, y el trabajo empírico, detectando UDVP entre la población general española.

En otras cuestiones colaterales, se vuelve a las discrepancias entre ambos colectivos. Por ejemplo, la gran mayoría de la población expuesta de toxicómanos gasta más de 10.000 Pts. diarias en droga. La mayoría de los UDVP de la población general gasta menos de esa cantidad (tablas 4.141 y 4.142). De igual forma, con respecto a la calidad de la droga, los jóvenes la desconocen o se fían en razón de la zona en la que

compran. Los segundos por el contrario, tienden a adquirirla siempre al mismo distribuidor con el que se contacta en un "pub", por ejemplo (tablas 4.143 y 4.144). Todo ésto replantea nuevamente las hipótesis de la liberalización a la hora de adquirir y formalizar el mercado. ¿Es el SIDA, como epidemia, la generadora de cambios tan profundos e incomparables? La cantidad de infectados, enfermos y muertos entre UDVP, puede resultar la evidencia decisoria en su correspondencia política del problema.

Se trata, en suma de dos colectivos muy diferentes. El primero se inyecta en unas condiciones extremadamente lamentables. El segundo tiende a comprar agujas y jeringas en la farmacia e incluso a esterilizar el material. Pero no conviene olvidar que incluso entre estos, la cuarta parte confiesa que se "pica" de cualquier manera en circunstancias muy especiales, dependiendo de la urgencia que imponga el síndrome de abstinencia. El panorama, como puede verse, es desolador.

Pero lo peor no es la falta total de higiene, que convierte a los toxicómanos en la población expuesta con mayor número de portadores. Lo más grave es que el poder atribuido a las sustancias hace inútiles los llamamientos a la responsabilidad. El comportamiento escapa al control del sujeto. La droga puede sobre todo. La necesidad es tan fuerte que no es posible esperar a que abran la farmacia. El SIDA puede ser terrible, se tiene miedo al contagio, pero nada puede a la fuerza mágica e irresistible de la heroína.

50. CAMBIOS DE LAS CONDUCTAS DE ADICCIÓN DE LA POBLACIÓN DE TOXICÓMANOS CON MOTIVO DEL SIDA

Ante la contundencia de los datos presentados hasta ahora, el enunciado de este capítulo podría sobrar. En efecto, la mayoría de los toxicómanos confiesan que la aparición del SIDA no ha cambiado sus costumbres. De todas formas, hay un 41% que declaran lo contrario (tabla 4.145). Sometidos a preguntas concretas, se comprueba que el cambio ha sido mínimo: no se "pican" menos, no esterilizan el material (solo lo hace el 9%), no compran las jeringuillas y agujas cada vez que se inyectan. Sin embargo declaran no haber aumentado su consumo y un 41,5% dice que ya no comparte aguja y jeringuilla (tablas 4.146 a 4.153). Y de nuevo, los toxicómanos de la población general se diferencian de los restantes, reaccionando con mayor energía ante el SIDA: entre estos, el 40,2% esteriliza el material y el 46,9% compra las jeringas y agujas cada vez que se inyectan (tablas 4.149 y 4.151). Estos resultados podrían concordar con los hallados en otras investigaciones en relación con la capacidad de los UDVP para modificar sus hábitos de riesgo. Varios autores han comprobado que existe mayor dificultad en modificar las prácticas de riesgo sexuales, que las costumbres adquiridas en la administración de drogas (15).

Más interesantes que los datos explicitados -que se limitan a reiterar lo que habíamos señalado anteriormente- son los relativos a la situación que el SIDA ha podido crear en el ambiente en que se desenvuelven los toxicómanos. Es curioso comprobar que sólo el 29,5% dice conocer a alguien que haya cambiado de hábitos por motivo del SIDA. Entre los restantes hay algunos que confiesan que a sus amigos no les preocupa el SIDA y, sobre todo que conocen amigos que han intentado cambiar de hábitos pero que no pueden (tabla 4.154). Esto nos vuelve a llevar al argumento central: las propiedades adictivas de la droga se han convertido en la coartada legitimadora de la inacción.

Parte inseparable de este discurso legitimador son los intentos frustrados de desengancharse. Sólo el 4,9% de los toxicómanos no han tratado nunca de dejar la sustancia, lo que indica que prácticamente el cien por cien de los encuestados lo han intentado en alguna oportunidad. La inmensa mayoría lo han probado más de una vez. La quinta parte lo ha hecho más de cinco veces y la décima parte más de diez (tabla 4.155).

Los UDVP de la población general presentan un índice de perseverancia menor, como cabría corresponder a su paradigma del uso como "opción libre". La tercera parte no ha intentado nunca desengancharse. Pero un 38% ha probado, inútilmente, salirse de la droga más de una vez. En última instancia, las diferencias, aún siendo significativas, no son tan profundas.

Lo malo es que, ante esto, la esperanza de que las campañas de tipo informativo-sanitario pueden ser efectivas para la población de toxicómanos son bastante menores que para la restante población investigada. Lo primordial, en este caso, son las propuestas sociales y culturales, finalmente de la estructura del Estado, de la dinámica y originalidad política. Más que reinsertar, hace falta integrar a los UDVP y todavía mucho más que esto, es necesario anticipar socialmente, para no crear ninguna condición para el uso de drogas en su generalidad. En este sentido, la sociedad de los "otros", los no delincuentes, los sanos, los normales, deben ser responsables facilitando la reinserción integral y total del que ha caído en el "enganche". La paradoja de las paradojas es no escuchar al UDVP y no intentar comprender sus razones y motivaciones para el consumo y, en algunas ocasiones, sus llamadas de auxilio.

A N E X O VII

CUADROS DE VARIABLES

POBLACION DE TOXICOMANOS/UDVF

Cuadro 1

POBLACION EXPUESTA			
TOXICOMANOS/AS UDVP			
VARIABLES SOCIO- DEMOGRAFICAS Y FAMILIARES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
SEXO	HOMBRE	129	64,5
	MUJER	71	35,5
		N=200	100,0
EDAD	14-18 AÑOS	18	9,0
	19-21 AÑOS	28	14,0
	22-28 AÑOS	114	57,0
	29-38 AÑOS	37	18,5
	39-50 AÑOS	3	1,5
		N=200	100,0
ESTADO CIVIL	SOLTERO	139	69,5
	CASADO	33	16,5
	VIUDO	3	1,5
	DIVORCIADO/SEPARADO	13	6,5
	VIVE CON PAREJA HETEROS.	12	6,0
		N=200	100,0
NUMERO HIJOS	NINGUNO	134	67,0
	UNO	45	22,5
	DOS	16	8,0
	TRES	3	1,5
	NS/NC	2	1,0
		N=200	100,0
VIVE CON...	FAMILIA	96	48,0
	AMIGOS	16	8,0
	PAREJA	39	19,5
	SOLO	15	7,5
	VIVO EN LA CALLE	14	7,0
	OTROS	18	9,0
	NS/NC	2	1,0
		N=200	100,0
TAMANO MUNICIPIO	-10 MIL HABITANTES	12	6,0
	10-50 MIL HABITANTES	8	4,0
	50-100 MIL HABITANTES	15	7,5
	100-250 MIL HABITANTES	34	17,0
	250-500 MIL HABITANTES	11	5,5
	+ 500 MIL HABITANTES	120	60,0
		N=200	100,0

Cuadro 2

POBLACION EXPUESTA			
TOXICOMANOS/AS UDVP			
VARIABLES OCUPACIONALES Y SOCIOLABORALES	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
OCUPACION	AMA DE CASA	16	8,0
	ESTUDIANTE	14	7,0
	ASALAR. TIEMPO COMPLETO	23	11,5
	ASALAR. TIEMPO PARCIAL	13	6,5
	AUTONOMO	7	3,5
	EMPRESARIO	3	1,5
	PARADO	119	59,5
	JUBILADO	1	0,5
	NS/NC	4	2,0
		N=200	100,0
PROFESION	AMA DE CASA	16	8,0
	ESTUDIANTE	17	8,5
	OBRERO-EMPLEADO	100	50,0
	TECNICO GRADO MEDIO	10	5,0
	TECNICO GRADO SUPERIOR	5	2,5
	FUNCIONARIO	1	0,5
	AGRICULTOR	2	1,0
	AUTONOMO/EMPRESARIO	8	4,0
	NS/NC	41	20,5
		N=200	100,0

Cuadro 3

POBLACION EXPUESTA			
TOXICOMANOS/AS UDVP			
NIVEL DE ESTUDIOS	CATEGORIAS	ABSOLUTOS	PORCENT.
	NO TIENE ESTUDIOS	21	10,5
	ESTUDIOS PRIMARIOS	90	45,0
	EGB/BACHILLER ELEMENTAL	53	26,5
	BUP/BACHILLER SUPERIOR	25	12,5
	ESTUDIOS MEDIOS	3	1,5
	ESTUD. UNIVERSITARIOS	6	3,0
	NS/NC	2	1,0
		N=200	100,0

Cuadro 4

TOXICOMANOS/UDVP		
NIVEL DE CREENCIA Y PRACTICA RELIGIOSA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NO CREE EN DIOS	35	17,5
CREE EN DIOS,PERO NO PRACTICA	80	40,0
CATOLICO PRACTICANTE	7	3,5
CATOLICO NO PRACTICA	49	24,5
CRISTIANO, PERO NO CATOLICO	23	11,5
DE OTRA RELIGION	3	1,5
NS/NC	3	1,5
	N=200	100,0

Cuadro 5

TOXICOMANOS/UDVP		
POSICION IDEOLOGICA SUBJETIVA	ABSOLUTOS	PORCENTAJE
NS/NC	0	41
	1	14
	2	20
	3	34
	4	39
	5	28
	6	9
	7	10
	8	4
	9	1
	N= 200	100,0

Cuadro 6

POBLACION EXPUESTA		
TOXICOMANOS/AS UDVP		
PROVINCIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
VITORIA	1	0,5
ALMERIA	8	4,0
PALMA DE MALLORCA	3	1,5
BARCELONA	16	8,0
CORDOBA	1	0,5
CORUNA	2	1,0
GERONA	2	1,0
SAN SEBASTIAN	6	3,0
JAEN	1	0,5
MADRID	88	44,0
SALAMANCA	5	2,5
SEVILLA	42	21,0
VALENCIA	7	3,5
VALLADOLID	6	3,0
BILBAO	5	2,5
ZARAGOZA	7	3,5
	N=200	100,0
AUTONOMIA	ABSOLUTOS	PORCENT.
ANDALUCIA	52	26,0
BALEARES	3	1,5
CASTILLA Y LEON	18	9,0
CATALUÑA	18	9,0
COMUN. VALENCIANA	7	3,5
GALICIA	2	1,0
MADRID	88	44,0
PAIS VASCO	12	6,0
	N=200	100,0

ABRIR TOMO II

